

**CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD CRONICA DE
HIPERTENSION ARTERIAL EN LA EPS COOMEVA SANTA MARTA 2006**

**LISSETTE PAOLA ARENILLAS MANJARRES
KELINA GISELLA AVILA SANJUANELO**

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
IX SEMESTRE
SANTA MARTA
2007**

**CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD CRONICA DE
HIPERTENSION ARTERIAL EN LA EPS COOMEVA SANTA MARTA 2006**

**LISSETTE PAOLA ARENILLAS MANJARRES
KELINA GISELLA AVILA SANJUANELO**

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR EL TITULO DE ENFERMERO (A)

**DIRECTORA CIENTÍFICA
JOBANA CUCUNUBA
ENFERMERA MAGISTER EN INVESTIGACION EN ENFERMERIA**

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
IX SEMESTRE
SANTA MARTA
2007**

Nota de aceptación

Firma del Presidente del Jurado

Miembro Comité de Investigación

Miembro Comité de Investigación

Santa Marta, Junio del 2007

DEDICATORIA

Este es el comienzo de un nuevo largo camino que tengo por recorrer, este triunfo se lo dedico al que siempre me ha acompañado, escuchado y perdonado, mi amado Dios y mi creador, a él que siempre ha estado en los momentos en los que más lo he necesitado, el que me ha regalado y afortunadamente quitado cosas que no he necesitado por todas las oportunidades que me has dado gracias mi Dios por todo esto. Te amo.

A mi amada Luna, por mis largas ausencias y por ser la fuente de mi inspiración, la que me llena de fuerzas para seguir adelante cada día, la que me alegra todo, la que llena mi vida y mi corazón con un mami te quiero mucho, a ti mi amada hija a la que debo mucho. Tú que siempre me esperas sin esperar nada a cambio.

A mis amados padres Marcelino y Rosa Elvira que soportaron y perdonaron mis errores, por todos los esfuerzos realizados para que yo pudiera llegar hasta aquí, por ese amor que me profesan día a día y hacer de mí la mujer que soy ahora.

A mis hermanos y toda mi familia, por estar conmigo en las buenas y en las malas, por hacerme ver mis errores y por brindarme apoyo cuando lo necesito.

A mi novio Alexander Maldonado por el amor y apoyo que me brinda constantemente, por ser ese hombre maravilloso e inigualable que me cambió la vida y del cual he aprendido que la constancia es la base para lograr el éxito. Gracias mi amor.

A mí querida amiga Lissette, mujer con un gran corazón que me acompañó en las buenas y en las malas de la que aprendo día a día, brindándome su sincera y valiosa amistad, mi amiga y compañera de tesis.

KELINA AVILA.

DEDICATORIA

La culminación de este trabajo es el resultado de un esfuerzo que durante nueve meses he realizado en compañía de muchas personas que día a día sintieron el ir y venir de las adversidades que como en todo proyecto de vida surgen y que a la vez, no es posible solucionarlos solo; necesitando del apoyo y ahínco de todos los que sonreirán junto a mí el día que obtenga mis triunfos.

Ellos son:

DIOS, el alfarero de mi ser y del camino que construyo llena de ilusiones y esperanzas, acompañándome día y noche, dándome la sabiduría con la cual moldea a la hija, a la estudiante, a la profesional y a la mujer que soy y deseo seguir construyendo. Ese Ser que cada vez que creo no poder más me toma entre sus brazos me arrulla y me dice “Venid a mí todos los que estáis trabajados y cargados, y Yo os haré descansar” Mateo 11:28.

Edgardo y Omaira mis padres, los seres más importantes en mi vida, que han depositado en su “niña” las más grandes ilusiones, su confianza incondicional y las esperanzas de un nuevo mundo. Ese mundo que a partir de este momento comienza a abrir mas y mas sus puertas lo cual se evidencia con el ascenso de un peldaño más en mi vida. ¡¡¡¡Este Triunfo es de Ustedes!!!!!!

Ronald y Javier mis Hermanos y en general a mi familia, gracias por apoyarme y creer en mí.

Oscar mi novio, que me ha acompañado y ha dado su mano para no dejarme caer en medio de las dificultades.

A mi amiga Kelina, que sin saberlo en todo este proceso me enseñó a no desfallecer, a ser pasiva en medio de las dificultades, las cuales fueron muchas y que sin su compañía la carga hubiese sido más pesada. Gracias y que Dios nuestro principal aliado llene tu vida, tus metas y a los tuyos de mucha felicidad.

LISSETTE ARENILLAS.

AGRADECIMIENTOS

Este peldaño que logramos escalar en nuestras vidas no habría sido posible sin la colaboración de las personas que a continuación les brindamos nuestros más sentidos agradecimientos:

DIOS, gracias por ser nuestro guía e iluminar nuestros senderos. Gracias te damos por el conocimiento que nos permitirá surgir por el camino de la prosperidad, llenas de los valores que solo Tú nos das.

Jobana Cucunubá, Enfermera, Docente de la Universidad Del Magdalena y asesora científica de esta investigación, por su esmerada atención, orientación, colaboración para lograr junto a nosotras el triunfo de un ideal más.

Ediltrudis Ramos, Enfermera Especialista en cuidado critico, Directora de programa de Enfermería de la Universidad del Magdalena, por ser la persona que de una u otra manera nos permitió hacer posible este logro, Gracias por ser esa profesional, mujer y amiga ejemplo para nuestra formación.

A las personas que fueron participes directamente de esta investigación y que sin ellos no se hubiese dado los resultados positivos. Grupo de pacientes que dijeron si a la intervención y a la EPS COOMEVA por abrir sus puertas de la investigación y el conocimiento.

A nuestras familias, que creyeron en nosotras y tuvieron la perseverancia para ver este sueño hecho realidad. Gracias por esa confianza, ese amor depositado en cada una de nosotras.



CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	19
1 MARCO DE REFERERENCIA	21
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
1.2 DESCRIPCION DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION	21
2. MARCO DE ANTECEDENTES	23
3. JUSTIFICACION	25
4. DEFINICION DE CONCEPTOS	27
5. MARCO TEORICO	29
5.1 ENFERMEDAD CRONICA	29
5.2 PROBLEMÁTICA SOCIAL DEL ENFERMO CRONICO	31
5.3 CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CRONICA	32
5.4 PERDIDAS ASOCIADAS A LA ENFERMEDAD CRONICA	32
5.5 PRINCIPALES CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD CRONICA DE HIPERTENSION	33

5.5.1	La mujer y la Hipertensión	33
5.5.2	La edad relacionada con la Hipertensión	34
5.5.3	Grado de escolaridad relacionado con la Hipertensión	35
5.5.4	Estado civil relacionado con la Hipertensión	36
5.5.5	Situación laboral relacionada con la Hipertensión	36
5.5.6	Nivel socioeconómico relacionado con la Hipertensión	37
5.5.7	Tiempo de diagnostico relacionado con la Hipertensión	38
5.6	CALIDAD DE VIDA	38
5.6.1	Características de la Calidad de Vida	39
5.7	CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	40
5.8	CALIDAD DE VIDA SEGÚN BETTY FERRELL	41
5.8.1	Bienestar físico según Betty Ferrell	44
5.8.2	Bienestar psicológico según Betty Ferrell	45
5.8.3	Bienestar social según Betty Ferrell	48
5.8.4	Bienestar espiritual según Betty Ferrell	51
6.	OBJETIVOS	54

6.1	OBJETIVO GENERAL	54
6.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS	54
7.	METODOLOGIA	55
7.1	AMBITO	55
7.2	POBLACION	55
7.3	UNIDAD DE ANALISIS	55
7.4	TIPO DE ESTUDIO	56
7.5	TIPO DE MUESTREO	57
7.5.1	MUESTRA	57
7.6	CRITERIOS DE SELECCIÓN Y MEDICIÓN DE LAS VARIABLES DE ANÁLISIS	57
7.6.1	OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	58
7.7	CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION	63
7.7.1	Criterios de Inclusión	63
7.7.2	Criterios de Exclusión	63
7.8	TECNICAS O INSTRUMENTOS A UTILIZAR PARA LA RECOLECCION DE RESULTADOS	63

7.8.1	Recolección de datos primaria. Instrumento	63
7.8.1.1	Encuesta de Caracterización de pacientes con enfermedad Crónica	64
7.8.2	Recolección de datos secundaria	65
7.9	ASPECTOS ETICOS Y LEGALES DE LA INVESTIGACION	66
7.10	TÉCNICAS O PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	68
8.	RESULTADOS	69
8.1	CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS QUE VIVEN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD CRÓNICA	69
8.2	CALIDAD DE VIDA POR BIENESTARES	77
9.	CONCLUSIONES	94
10.	RECOMENDACIONES	96
11.	ANEXOS	97
11.1	ANEXO A	97
11.2	ANEXO B	107
12.	BIBLIOGRAFIA	108

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1: Género de los pacientes con enfermedad crónica	69
Figura 2: Edad de los pacientes con enfermedad crónica	70
Figura 3: Escolaridad de los pacientes con enfermedad crónica	71
Figura 4: Estado civil de los pacientes con enfermedad crónica	73
Figura 5: Ocupación de los pacientes con enfermedad crónica	74
Figura 6: Nivel Socioeconómico de los pacientes con enfermedad crónica	75
Figura 7: Tiempo del diagnostico de la enfermedad en el paciente con enfermedad crónica	76
Figura 8: Bienestar Físico	77
Figura 9: Salud física en general	79
Figura 10: Bienestar Psicológico	80
Figura 11: Cuanta ansiedad/desesperación siente	81
Figura 12: Que tan buena es la calidad de vida	82
Figura 13: Cambios en la apariencia	83

Figura 14:	Bienestar social	84
Figura 15:	Apoyo que recibe por parte de otros el paciente con enfermedad crónica	86
Figura 16:	Interfiere su cuidado con las relaciones personales	87
Figura 17:	Cuanto aislamiento le atribuye a su enfermedad y tratamiento	88
Figura 18:	Bienestar Espiritual	89
Figura 19:	Importancia de actividades religiosas	91
Figura 20:	Cambio de su vida espiritual por el diagnostico de su enfermedad	92
Figura 21:	Razón para vivir del paciente con enfermedad crónica	93

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A: Escala sobre calidad de vida paciente con enfermedad crónica	97
Anexo B: Caracterización de personas que viven situación de enfermedad crónica	107

RESUMEN

La investigación realizada tiene como objetivo, describir la calidad de vida del paciente con enfermedad crónica de hipertensión arterial en la EPS COOMEVA, en Santa Marta durante el periodo comprendido entre los meses de julio a noviembre del año 2006. El estudio es de tipo descriptivo, cuantitativo de corte transversal; la muestra esta conformada por 42 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. La calidad de vida se midió a través del instrumento propuesto por Betty Ferrell y colaboradores “escala sobre calidad de vida paciente con enfermedad crónica”. El cual consta de 41 items que valoran la calidad de vida del paciente a través de cuatro bienestar: físico, psicológico, social y espiritual. El análisis se baso en responder la pregunta, ¿Cómo es la calidad de vida del paciente con enfermedad crónica de hipertensión?

Para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS versión 11.5. El sexo que predominó en la población estudio fue el femenino con un porcentaje de 62%, la edad media de los participantes fue de 31 a 59 años, el 46% con un estrato socioeconómico medio bajo, el 28% con un nivel de escolaridad bajo, el 55% con mas de 37 meses de diagnostico.

El valor más alto de calidad de vida se encuentra representado en el bienestar espiritual donde los resultados demuestran que este bienestar no representa ningún problema para el paciente; a la vez se identifico que el bienestar físico, se encuentra ligeramente alterado, demostrada por la salud física en general que es considerada por los pacientes en estudio como mala. Cabe resaltar que el bienestar psicológico no representa ningún problema para el paciente, puesto que este no siente ansiedad con respecto a su enfermedad, manifiesta que su calidad de vida es buena, siente mucha felicidad, no ha presentado cambios en su apariencia física, referente al bienestar social, siente apoyo por parte de otros, su enfermedad no interfiere con sus relaciones personales, con su empleo ni en el hogar a la vez no se siente aislado con el diagnostico de la enfermedad.

Los resultados obtenidos demuestran que la funcionalidad de la familia es un factor que influye en la asistencia del enfermo. Son variables facilitadoras el afecto, el apoyo mutuo y la participación que otorga la red familiar.

Palabras clave: Calidad de vida, paciente con enfermedad crónica de Hipertensión.

INTRODUCCION

Según Kaplan (1991)¹, la hipertensión arterial es una patología crónica degenerativa presente en el 20% de las personas de entre 18 y 65 años de edad en el mundo. Es considerada un factor de riesgo importante para las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, renales y vasculares periféricas.

Los pacientes que padecen una patología crónica se caracterizan por presentar trastornos recurrentes de alto grado, incapacidades de larga duración, necesidad de dependencia extrema, alta sensibilidad al estrés y dificultades para afrontar las demandas de la vida diaria.

En la actualidad la vivencia del paciente crónico no solo se relaciona con el diagnostico de la patología misma, sino además, con la dependencia de los servicios asistenciales; un paciente de estas características deja de ser un enfermo para constituirse en una enfermedad.

Al evaluar el impacto de la enfermedad es esencial medir y evaluar el grado de alivio de los síntomas, los cuales podrían traducirse en una mejoría de la calidad de vida, considerada esta última como la sensación de bienestar físico, psicológico, social y espiritual del individuo.

Al abordar el modelo de calidad de vida aplicado por Ferrell y cols (1996)² quienes aceptan la calidad de vida, como una evaluación subjetiva de los atributos bien sea positivos o negativos que caracterizan la propia vida y que consta de cuatro bienestares (física, psicológica, social y espiritual), las cuales son importantes conocer para el manejo del paciente con enfermedad crónica

¹ KAPLAN N. Hipertensión clínica. Buenos Aires: Médica Hispanoamericana, 1991;vol.1:1-40

² FERRELL, Betty R. ONS/ Bristol_ Myers. La calidad de las vidas: 1525 voces del cáncer. Julio 1996, Volumen 23, Número 6

considera como una herramienta importante para conocer el impacto de la enfermedad en la calidad de vida del individuo.

En lo que respecta a la descripción de la calidad de vida del paciente con hipertensión se puede conocer si el diagnóstico supone un cambio en la vida del paciente y como es percibido por éste dependiendo del grado de bienestar y de satisfacción con el entorno.

La enfermedad crónica afecta la calidad de vida del paciente debido a las modificaciones que debe hacer en su estilo de vida, hábitos alimenticios y de comportamiento, limitaciones en el ejercicio físico, cambios de actitudes sexuales, lo que conlleva al deterioro progresivo del bienestar del paciente.

En la actualidad el auge en la utilización del concepto de calidad de vida de los pacientes crónicos hipertensos se debe a la creciente importancia social que esta patología ha adquirido en los países desarrollados; derivada fundamentalmente del impacto que tiene la enfermedad en las diferentes dimensiones que componen al individuo y que afectan el bienestar físico, psicológico, social y espiritual del paciente. En este contexto, surge el interés por describir la calidad de vida del paciente con enfermedad crónica de hipertensión, utilizando el instrumento propuesto por Betty Ferrell y colaboradores “escala sobre calidad de vida paciente con enfermedad crónica”. El cual consta de 41 ítems que valoran la calidad de vida del paciente a través de cuatro bienestares: físico, psicológico, social y espiritual, identificando el impacto de la enfermedad en los diferentes ámbitos del bienestar del paciente, para orientar el cuidado de enfermería hacia el mejoramiento de la atención desde una perspectiva integral, que logre satisfacer las necesidades del paciente.

1. MARCO DE REFERENCIA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Como es la Calidad de Vida del paciente con enfermedad crónica de Hipertensión arterial en la EPS Coomeva?

1.2 DESCRIPCION DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La Hipertensión Arterial se constituye actualmente en la más común de las condiciones que afecta la salud de la población mundial de 15 años o más, con una prevalencia de 25-38,2% (OMS, 1999)³ esta asociada a patrones alimentarios inadecuados, disminución de la actividad física y hábitos tóxicos como el tabaquismo y el incremento de la ingestión de alcohol.

Según la Organización Panamericana de la Salud (2002)⁴ 140 millones de personas en el continente sufren de hipertensión pero casi la mitad de las personas afectadas desconocen que padecen la enfermedad.

³ Directrices de la OMS y de la Sociedad Internacional de Hipertensión para el tratamiento de la hipertensión, 1999, Subcomité de directrices. J Hyperten (ed esp) 1999; 17: 151-183.<http://www.who.int/ned/cvd/HT-Guide.html>.

⁴ WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health report 2002: reducing risks. Promoting healthy life.

Teniendo en cuenta esta problemática, se hace necesario el desarrollo de mecanismos de prevención y el control de la hipertensión arterial, lo cual representa un desafío importante para todos los países y constituye una prioridad de las instituciones de salud, la población y los gobiernos. La adecuada percepción del riesgo que significa padecer de hipertensión arterial obliga a ejecutar estrategias de educación y promoción dirigidas a la disminución de esta enfermedad crónica en la población, a la vez como se ha expuesto la hipertensión arterial es una enfermedad con alta prevalencia en nuestro medio y consume gran cantidad de recursos en nuestro sistema de salud.

La realización de estudios que permitan describir la calidad de vida de los pacientes con enfermedad crónica en este caso la hipertensión; tienen relevancia debido al incremento acelerado de este tipo de enfermedades y las consecuentes incapacidades propias de su padecimiento; y es de vital importancia para la planificación de las políticas de atención en las instituciones de salud, en términos del desarrollo de programas de costo y efectividad en la población vulnerable.

En tal sentido, el interés por estudiar la calidad de vida del paciente con enfermedad crónica de hipertensión, que asiste a la EPS Coomeva, en la ciudad de Santa Marta, surge a partir de la motivación de aportar elementos de referencia que permitan el mejoramiento de los servicios asistenciales de salud en la ciudad, orientando el cuidado hacia una perspectiva holística del individuo.

Ante la necesidad de un mecanismo idóneo que direcciona al personal de enfermería hacia la atención integral, se hace imprescindible crear estrategias, que permitan complementar el alcance de los programas actuales con los que cuenta la EPS Coomeva y además centrar la atención del cuidado sobre los diferentes aspectos que componen la calidad de vida.

El presente estudio, pretende describir la calidad de vida del paciente con enfermedad crónica de hipertensión en la EPS COOMEVA, llevando el problema más allá de las consecuencias biológicas que estas producen y de esta manera establecer como es el bienestar físico, espiritual, psicológico y social del paciente.

2. MARCO DE ANTECEDENTES

Si bien el tema de la calidad de vida presente desde la época de los antiguos griegos (Aristóteles), la instalación del concepto dentro del campo de la salud es relativamente reciente, con un auge evidente en la década de los 90, que se mantiene en estos primeros años del siglo XXI.

Definir la calidad de vida ha sido una tarea retomada por investigadores, pensadores, educadores, analíticos y políticos. Durante muchos años estos no han podido llegar a un verdadero consenso, muchas definiciones han surgido, y pese a lo que se pudiera deducir, tantas concepciones solo hacen pesar que no existe en realidad una definición que sea capaz de englobar todo lo que significa vivir con calidad. Para algunos esta calidad está directamente relacionada con el nivel socioeconómico o por otro lado con la felicidad, para algunos otros con el bienestar, y, aunque estos son componentes de la calidad de vida no la definen en su totalidad; sin embargo en el mundo occidental y en nuestro tiempo, las personas tratan de moldear su vida de manera que la puedan disfrutar plenamente.

Patrick y Erickson (1993)⁵ definen la calidad de vida como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción

⁵ PATRICK, D., ERICKSON P. Health Policy, Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation. Oxford University Press. New York. 1993.

de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud.

Para Schumaker & Naughton (1996)⁶ es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo. La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal.

En los años 80 Jiménez, (1998)⁷ menciona el término calidad de vida como un concepto sensibilizador que podía ofrecer a los profesionales de distintas disciplinas un lenguaje común y guiar las prácticas de los servicios humanos, más orientados hacia la persona, su autodeterminación y el logro de una mayor satisfacción con su vida.

Lugones, (2002)⁸, Expone que numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy el concepto, como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social.

⁶ NAUGHTON, M.J.; SHUMAKER, S.A.; ANDERSON R.T.; CZAJKOWSKI, S.M. (1996). Psychological Aspects of Health-Related Quality of Life Measurement: Tests and Scales. En Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. Spilker, B. Cap. 15, 117-131, New York, Lippincott-Raven.

⁷ JIMÉNEZ, S. y M. Ignacia. (1998). Intentando definir la Calidad de Vida. Revista ETS Trabajo Social, Pontificia Universidad Católica de Chile N° 54, 24-31 pp. 24-3

⁸ LUGONES, M. (2002). Algunas consideraciones sobre la calidad de vida. Revista Cubana Medicina General Integral, 4.

3. JUSTIFICACION

Para Gómez, (2000)⁹ el interés por estudiar la calidad de vida es antiguo, sin embargo la preocupación por el desarrollo sistemático y científico de este es relativamente reciente, la idea comienza a popularizarse en la década del sesenta, hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como la salud, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general.

Esto hace notorio que las tradicionales medidas de mortalidad/morbilidad sigan dando paso a esta nueva manera de valorar los resultados de las intervenciones, comparando unas con otras, y en esta línea, la meta de la atención en salud se está orientando no sólo a la eliminación de la enfermedad, sino fundamentalmente a la mejora de la calidad de vida del paciente. Actualmente hay importantes trabajos como el de Breijo (2000) citado por Cucunubá (2006)¹⁰ sobre intervenciones en personas con Cáncer, Sida, Asma, Esclerosis Múltiple, Hipertensión y Diabetes, en donde se evalúa que esfera se afecta en mayor grado la calidad de vida si en la física o la emocional y evalúan el efecto de la intervención educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso.

⁹ GÓMEZ, M. y SABEH, E. (2000). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. Madrid, Rialp.

¹⁰ CUCUNUBÁ C, Jobana. Calidad de vida en pacientes con enfermedad crónica de diabetes en el Centro de Atención Ambulatoria CUNDI. 2006 pág. 23

Según Latour (2005)¹¹ también adquieren especial relevancia aspectos de matiz psicológico tales como: la presencia, aparición o empeoramiento de síntomas ansiosos y/o depresivos, la vivencia de escasa vitalidad o fortaleza, la ausencia o deterioro de la sensación de bienestar en el individuo que afectan su calidad de vida. Lógicamente, estos aspectos que deben considerarse pueden ser de difícil análisis y estudio.

A la vez el aporte que puede brindar esta investigación en el área de enfermería, se relaciona básicamente con la mejora de la calidad de vida con una eficaz atención al paciente con hipertensión arterial, desde una perspectiva holística (física, psicológica, social y espiritualmente), según Cucunubá (2006).¹² En esta línea, surgen los esfuerzos para medir la dimensión de calidad de vida, como un instrumento para comprender mejor las necesidades y expectativas de los pacientes.

La presente investigación pretende contribuir a la profesión de enfermería, aumentando el cuerpo de conocimientos con los resultados obtenidos, a si como mejorar la atención del paciente la cual se brinda con calidad, a la vez es importante incluir en este manejo el grado de bienestar del paciente en relación con su calidad de vida mas que con los signos o síntomas de la enfermedad. Según Cucunubá (2006)¹³ es necesario que la enfermera de hoy participe en forma activa en este proceso, no solo ejecutando políticas y nuevos lineamientos, sino actuando como agente de cambio que influya en forma positiva en la vida y salud de las personas con esta enfermedad, a la vez crear planes de atención, que sirvan como base para la construcción de políticas de atención para estos pacientes.

¹¹ LATOUR RAMOS Rafael y Otros Autores, Hipertensión Arterial como causa de enfermedad crónica no transmisible: Elementos para una reflexión filosófica antropológica, Publicado Saturday 21 de May de 2005

¹² CUCUNUBÁ, Op cit. Pág. 24

¹³ Ibíd, Pág 24

4. DEFINICION DE CONCEPTOS

- **Calidad de vida:**

Para este estudio se toma el concepto propuesto en el modelo de calidad de vida aplicado por Ferrell y cols, quienes aceptan la calidad de vida, como una evaluación subjetiva de los atributos bien sea positivos o negativos que caracterizan la propia vida y que consta de cuatro dimensiones que incluyen: (1) bienestar físico, (2) bienestar psicológico, (3) bienestar social y (4) bienestar espiritual¹⁴.

- **Bienestar físico:** Es el control o alivio de los síntomas y el mantenimiento de la función y la independencia. (Incluye la funcional, la salud física en general y los síntomas).
- **Bienestar psicológico:** Es la búsqueda de un sentido de control en el enfrentamiento de una enfermedad que amenaza la vida caracterizada por un problema emocional, una alteración de las prioridades de la vida y miedo a lo desconocido, al igual que cambios positivos en la vida. (Incorpora la sensación de control, la depresión, el temor y la felicidad).
- **Bienestar social:** brinda una forma de ver no sólo la enfermedad o sus síntomas, sino también, a la persona que rodea la patología; es el medio por el que reconocemos al paciente con la enfermedad, sus relaciones y sus roles (Se enfoca en los componentes de interrelación de la calidad de vida, incluidos los distreses familiares, el aislamiento social, las finanzas y la función sexual).

¹⁴FERRELL, Op cit. Pág 18

- **Bienestar espiritual:** es la habilidad para mantener la esperanza y obtener significado de la experiencia de la enfermedad que se caracteriza por la incertidumbre. (Incorpora los temas de significado y propósito de la vida, la esperanza, la incertidumbre y la trascendencia).
- **Paciente Con Hipertensión Arterial:** Son los adultos mayores de 18 años con hipertensión que integran el club de hipertensos de la EPS Coomeva durante los meses de julio a noviembre del 2006.

5. MARCO TEORICO

5.1 ENFERMEDAD CRONICA

La enfermedad crónica se define como un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida. Frente a la etiología no hay mayor claridad, hay una serie de factores que en conjunto dan pie a la enfermedad; entre estos factores se encuentran el ambiente, los estilos de vida y hábitos, la herencia, niveles de estrés, calidad de vida y la presencia de una enfermedad persistente que puede pasar a ser crónica (OMS, 1999)¹⁵ de igual forma el paciente se ve afectado en forma integral desde su componente físico hasta su percepción psicológica, social y espiritual, desencadenando alteraciones que pueden llegar a ser mas complejas que la enfermedad.

Según Martí y Canut (1991)¹⁶, existen características comunes en las enfermedades crónicas como son:

1. Padecimiento Incurable: permanente e irreversible con periodos de remisión y recaídas.
2. Multicausalidad o plurietiología: están asociadas a diversos factores químicos, físicos, ambientales, socioculturales, muchos de ellos relacionados con el modo de vida y el trabajo. En las enfermedades cardiovasculares, por ejemplo, intervienen múltiples causas: tabaco, hipercolesterolemia, hipertensión, estrés, etc.

¹⁵ Directrices de la OMS, Op cit, pág. 20

¹⁶ NOVEL MARTÍ, G; LLUCH CANUT, M.T.: Enfermería psico-social. Serie Manuales de Enfermería. Salvat Editores S.A. Barcelona 1991.

3. Multiefectividad: un factor de riesgo puede producir múltiples efectos sobre distintos problemas de salud. Por ejemplo, el tabaco puede producir cáncer de pulmón, EPOC, enfermedad cardiovascular.
4. No Contagiosas: no están producidas por agentes microbianos, por lo tanto no pueden transmitirse.
5. Incapacidad Residual: dejan secuelas psicofísicas y, por tanto, disminuyen la calidad de vida.
6. Rehabilitación: requieren entrenamiento específico del paciente y de su familia para asegurar su cuidado y una estrecha colaboración y supervisión del equipo de cuidados.
7. Importancia Social: determinada por las tasas de mortalidad y la repercusión socioeconómica, incapacidades en la población activa y gasto sanitario que generan.
8. Prevenibles: tanto a nivel primario, mediante la modificación de determinados factores, como a nivel secundario, mediante su detección precoz.
9. Sentimientos de pérdida: se generan en el paciente respecto a su vida anterior.

El paciente crónico tiende a ser vulnerable a cualquier situación por lo cual es de importancia conocer las posibles reacciones de este ante su enfermedad, las cuales según estudios publicados por Martí y Canut (1991)¹⁷ son las siguientes:

1. Reacciones de huida o negación: el paciente grave puede hacer una negación total de su padecimiento, e intentar normalizar su vida. El enfermo crónico puede también hacer una negación de su diagnóstico, aunque el

¹⁷ NOVEL MARTÍ, Ibid

cuadro no reviste el dramatismo anterior. En la medida en que el proceso crónico es más asintomático, favorece en mayor medida una huida de este tipo. El sanitario puede detectarla por las consultas típicamente en "rachas", con largos periodos en los que el paciente "desaparece".

2. Reacciones de agresión o rechazo activo: el enfermo crónico raramente expresa sin ambages su agresividad. Fuera de la consulta, en cambio, puede ser más franco ("¿qué se habrán creído?, =decirme que tengo que comer sin sal; " es un médico muy malo porque solo sabe tratar el azúcar con insulina"). Un patrón de conducta relativamente frecuente es el "pasivo-agresivo".

3. Reacciones de racionalización: el paciente apoya su conducta en argumentos o razones. Los pacientes crónicos pueden reinterpretar su enfermedad para justificar su conducta. Ej.: creen que si se inyectan insulina cada vez serán más diabéticos.

Por la importancia que reviste lo anterior, el profesional de enfermería que tenga como cuidado a pacientes crónicos debe ser capacitado y tener en cuenta que todos estos pacientes sufren de una manera determinada su enfermedad, por lo tanto una buena valoración en cuanto a como se encuentra su calidad de vida es fundamental al momento de tratarlos.

5.2 PROBLEMÁTICA SOCIAL DEL ENFERMO CRONICO

Se define al enfermo crónico como aquel que presenta una enfermedad prolongada o frecuentes recurrencias. Todo esto lleva consigo casi siempre, un proceso invalidante que se desarrolla en tres fases¹⁸.

- Deterioro
- Limitación funcional

¹⁸ RODRÍGUEZ VIDAL, Magali, CASTRO SALAS, Manuel y MERINO ESCOBAR, José M. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES RENALES HEMODIALIZADOS. Ciencia y Enfermería XI (2): 47-57, 2005

- Incapacitación: Dificultad existente de una o más actitudes que, de acuerdo con la edad, sexo, rol social del sujeto es aceptado generalmente como esenciales componentes básicos de la vida diaria, tales como el cuidado, autonomía personal, relaciones sociales y actividad económica.

Para Rodríguez y cols (2005). La persona experimenta un cambio en el rol social, requiere una atención que no se relaciona exclusivamente con las manifestaciones patológicas y su demanda sobrepasa el ámbito sanitario.¹⁹

5.3 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA²⁰:

Todo paciente al enfrentarse a una enfermedad crónica sufre cambios importantes en su vida por lo tanto presenta características según la situación en que se encuentre como son:

- 1.- Enfermo permanente
- 2.- Incapacidad residual
- 3.- Largo tiempo de atención hospitalaria
- 4.- Falta de autonomía a veces sin familia o sin poder atenderle.

5.4 PERDIDAS ASOCIADAS A LA ENFERMEDAD CRÓNICA

Según Poveda Salva (2002) citado por Cucunubá (2006)²¹ el diagnóstico de enfermedad crónica, en este caso la diabetes produce una grave distorsión en la vida de la persona, teniendo repercusión sobre el área personal, familiar y social del individuo.

- **Área personal.** El individuo presenta, malestar físico y emocional, cambios en los patrones de sexualidad, pérdida de la independencia

¹⁹ Ibid, Pág. 48

²⁰ Ibid, Pág 49

²¹ CUCUNUBÁ C, Op cit. Pág. 24

modificaciones en la escala de valores y filosofía de vida, alteraciones en la autoimagen, sentimiento de impotencia y desesperanza, miedo a lo desconocido, respuestas depresivas, de negación o de agresividad.

- **Área familiar.** Se produce una pérdida del equilibrio familiar. Se manifiesta por: pérdida del rol del enfermo, cambios en el rol de los demás miembros de la familia, separación del entorno familiar, problemas de comunicación en la familia.
- **Área social.** Los problemas que surgen son: cambio o pérdida de status social por la pérdida o cambio de trabajo, aislamiento social, cambio en el nivel socioeconómico, cambio en la utilización del tiempo libre.

5.5 PRINCIPALES CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD CRÓNICA DE HIPERTENSIÓN

La OPS (1998)²² en lo que se refiere al comportamiento epidemiológico de enfermedades crónicas afirma que estas afecciones son un verdadero problema de salud publica para las naciones de América Latina; caracterizándolo como un trastorno de tipo mixto que esta adquiriendo amplitud y severidad creciente alcanzando proporciones epidémicas con múltiples consecuencias para la salud y la vida de las personas.

5.5.1 La mujer y la Hipertensión

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)²³, la Hipertensión Arterial (HTA) constituye el primer riesgo de muerte en la mujer y el segundo para los varones en el mundo occidental. Se estima que el 50% de las enfermedades cardiovasculares (ECV) se puede atribuir a la elevación de la presión arterial

²² BARCELÓ Alberto. Programa de Enfermedades No Transmisibles, División de Prevención y Control de Enfermedades (HCP/HCN) de la OPS. Boletín Epidemiológico, Vol. 22 No. 2, junio 2001.p.22

²³ Directrices de la OMS, Op cid: pág. 20

(PA), siendo el principal riesgo de ictus e insuficiencia cardiaca. El 90 % de las personas normotensas a los 55 años serán hipertensas antes de su muerte²⁴, diferencia de los estudios realizados en la Universidad de Antioquia y en el municipio de San Pedro, citados por Ochoa (1991)²⁵ y Naranjo (1994)²⁶ donde se evidencia que el sexo masculino presenta mayor riesgo de padecer hipertensión arterial.

5.5.2 La edad relacionada con la Hipertensión

Marrero y cols²⁷ en un estudio realizado en Santiago de Cuba en el año 2002 encontraron que la hipertensión arterial predominó en las edades mayores, sobre todo en las edades geriátricas. A la vez plantean que existe el criterio de que las cifras de tensión arterial diastólica, aumenta con la edad. Se ha comprobado que la presión arterial promedio tiende a aumentar de manera progresiva a medida que el individuo envejece, este incremento de la frecuencia de hipertensión arterial sobre la base de la edad, es siempre mayor para la sistólica, que puede aumentar hasta los 80 años, que para la diastólica.

Según estudios realizados por el Ministerio de Salud del Perú (2005)²⁸, demostraron que la hipertensión arterial se esta incrementando en adultos entre 31 y 40 años, manifiestan que las cifras demuestran que esta enfermedad es propia de los adultos mayores de 40 años, ya que afecta al 22,2% de personas de entre 41 y 50 años y a 45 de cada 100 mayores de 50 años, a la

²⁴ Disponible en: http://riesgovascular.com/SAMFYC/archivos/1_Def_Clasif.pdf

²⁵ OCHOA O, BUSTAMANTE L, BAZAN G, TOVAR L. Prevalencia de hipertensión arterial en el personal vinculado laboralmente en la Universidad de Antioquia. Investigación y Educación en Enfermería 1991;9, No. 2:121-143.

²⁶ NARANJO P. Hipertensión y prevalencia de algunos factores de riesgo en área rural de San Pedro Antioquia. Boletín Epidemiológico de Antioquia 1994;20, No. 1:42-45.

²⁷ MARRERO, S. Factores de riesgo de la hipertensión arterial. Disponible en: http://factores de riesgo de la hipertensión arterial - monografias_com.htm

²⁸ MINISTERIO DE SALUD PUBLICA PERU, Hipertensión arterial se incrementa entre adultos de 31 a 40 años. Lima, 04 de Agosto del 2005. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/ocom/prensa/notadeprensa>.

vez señalan que lo más preocupante es que este mal, propio de los adultos mayores, también está afectando a adolescentes, jóvenes y adultos jóvenes.

5.5.3 Grado de escolaridad relacionado con la Hipertensión

Según Fonseca, citado por (Marrero y cols)²⁹ encontró en su estudio un predominio de hipertensión en pacientes con grado de escolaridad secundario. Álvarez, citado por (Marrero y cols)³⁰ en un estudio epidemiológico de la hipertensión arterial en un área de salud de Camaguey, también reportó una mayor incidencia de la hipertensión arterial en pacientes de bajo nivel de escolaridad. Otros estudios realizados coinciden también con este hallazgo.

Farreras, citado por (Marrero y cols)³¹ plantea que la prevalencia de hipertensión arterial es mayor cuanto más bajo es el nivel socioeconómico y educativo de la población.

En estudios realizados por la Universidad de Chile (2007)³², manifiestan que el riesgo de morir aumenta en un 54% en personas con baja escolaridad. Se demostró que si las personas tenían un bajo nivel de educación, es decir, si habían alcanzado sólo la formación básica (ocho años de escolaridad), poseían 54% más de riesgo de fallecer a causa de enfermedades crónicas que el grupo con educación superior al nivel primario. Asimismo, su expectativa de vida disminuía al menos un 10%.

²⁹ MARRERO. Op cit: Pág. 33

³⁰ Ibid, Pág 13

³¹ Ibid, Pág 18

³² UNIVERSIDAD DE CHILE, Riesgo de morir aumenta un 54% en personas con baja escolaridad, Disponible en: <http://www.med.uchile.cl/noticias/2007/enero/koch.html>

5.5.4 Estado civil relacionado con la Hipertensión

Según estudio realizado por Montoya y cols (1996)³³ sobre prevalencia de hipertensión en los empleados de suramericana de seguros en cuanto al estado civil, se observa una marcada proporción de prevalencia de hipertensión en los individuos casados con un 72%; los solteros y los separados presentan igual proporción de prevalencia, 12%; en los viudos se observa el menor índice de prevalencia de hipertensión con un 4%. La prevalencia de HTA encontrada en individuos casados coincide con anteriores estudios realizados

5.5.5 Situación laboral relacionada con la Hipertensión

El vínculo laboral es otro aspecto importante a tener en cuenta a la hora de enfrentarse a un paciente hipertenso pues muchas labores conllevan a un stress físico y psíquico elevado. En la muestra de pacientes estudiados, se pudo observar, que el 52.4% de los pacientes en estudio eran amas de casa y solo el 14.3% eran trabajadores.

Bayard, citado por (Marrero y cols)³⁴ encontró en un estudio realizado en 1995 en el Policlínico Comunitario Dr. Mario Muñoz Monroy del poblado El Caney resultados similares, donde hubo un predominio de las amas de casa dentro de la población estudiada, Fonseca, citado nuevamente por (Marrero y cols)³⁵ en su estudio llevado acaba en 1998 en el Reparto Municipal refiere iguales resultados.

La hipertensión arterial no esta directamente relacionada a las condiciones laborales. No obstante, puede existir una conexión entre las circunstancias personales del individuo y el medio ambiente que le rodea como son: estado de

³³ MONTOYA M. Lina m. Prevalencia de hipertensión arterial en los empleados de suramericana de seguros sede camino real: 1996 Disponible en: <http://tone.udea.edu.co/revista/sep97/prevalen.htm>

³⁴ MARRERO, Op cit, Pág. 33

³⁵ Ibid

ánimo, relaciones interpersonales, ambiente de ruido o presencia de tóxicos en la atmósfera, por citar tan solo algunos ejemplos³⁶.

Todos estos factores ocasionan un efecto desfavorable que agrava la enfermedad en pacientes que ya padecen hipertensión arterial. Una encuesta reciente, realizada en el Distrito Federal, que se aplicó a grupos de la población clasificados por sus ingresos económicos como de clase media alta (profesionistas y técnicos); media baja (oficinistas y burócratas) y baja superior (obreros), indicó que es en el primer grupo donde se presenta la hipertensión con mayor frecuencia, seguido del grupo de clase media baja, mientras que en el grupo de menores ingresos, el porcentaje de hipertensos fue menor. Al relacionar los hábitos de vida con las cifras de presión sanguínea, se vio nuevamente que la vida sedentaria, la obesidad y el consumo de alimentos procesados, fueron mucho más constantes en el grupo de mayor ingreso económico

5.5.6 Nivel socioeconómico relacionado con la Hipertensión

Pellón (2006)³⁷, manifiesto a través de su estudio la relación entre el nivel socioeconómico y la predisposición a sufrir determinadas enfermedades cardiovasculares como los infartos de miocardio o las anginas de pecho. Según los resultados del estudio, los ciudadanos con menor nivel socioeconómico y cultural padecen más obesidad, no llevan dietas vigiladas por médicos o farmacéuticos y su índice de masa corporal es mayor. Según esta especialista, las personas con un nivel socioeconómico y cultural más alto, siguen dietas supervisadas por un experto, recurren a productos de fitoterapia por lo que suelen ser más eficaces en la pérdida de peso, además se trata de una

³⁶ HÁBITO Y OCUPACIÓN EN EL DESARROLLO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Disponible en: [http://: www. Nefrored. Herencia, hábito y ocupación en el desarrollo de la Hipertensión Arterial.](http://www.Nefrored.Herencia_h%C3%A1bito_y_ocupaci%C3%B3n_en_el_desarrollo_de_la_Hipertensi%C3%B3n_Arterial)

³⁷ PELLON, Mercedes. La clase socioeconómica influye en el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, 29/08/2006. Disponible en: <http://www.websalud.com/articulo.html>

población que hace ejercicio dos o más días a la semana en forma de paseos o en gimnasio.

En cuanto a la comparación de los hábitos que siguen las personas con un nivel social mayor y las de uno más bajo, el estudio pone de manifiesto que los ciudadanos que viven en barrios con menor poder adquisitivo llevan una vida más sedentaria, su presión arterial media, tanto la mínima como la máxima, son superiores a las medias extraídas del otro grupo poblacional, al igual que ocurre con el nivel de glucosa o con los triglicéridos"

5.5.7 Tiempo de diagnostico relacionado con la hipertensión.

Pinto (2004)³⁸ quien manifiesta que la esperanza de vida de las personas con enfermedad crónica es cada día más alta.

5.6 CALIDAD DE VIDA

En los últimos 10 años las investigaciones sobre Calidad de Vida han ido aumentando progresivamente en diferentes ámbitos del quehacer profesional y científico.³⁹ A la vez es un concepto difícil de definir. Para evaluarlo hay que tener en cuenta múltiples aspectos de la vida del paciente. De igual forma Integra, las capacidades y limitaciones, los síntomas y las características psicosociales, que permiten a un individuo valerse por si mismo.

Hoy día el equipo de salud se preocupa en mayor parte solo de los criterios clínicos del efecto de la terapéutica sobre las cifras tensionales y las complicaciones de la hipertensión arterial, y se deja a un lado la percepción del propio paciente sobre el impacto que el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad han tenido sobre su vida en general, es decir, en sus actividades diarias, en su bienestar, en el trabajo y en el ocio, en sus relaciones familiares y

³⁸ PINTO A. Natividad. La cronicidad y el cuidado familiar, un problema de todas las edades: los cuidadores de adultos. Universidad Nacional de Colombia Avances en Enfermería. Volumen XXII N° 1 Enero – junio 2004. pág 54-60.

³⁹ SCHALOCK, R.L. Three decades of Quality of Life. Informe manuscrito. 1997

con otros miembros de la comunidad, de igual forma en sus creencias o actividades religiosas.

5.6.1 Características de la calidad de vida

En estudios publicados por Schalock, R.L. (1997)⁴⁰, se mencionan diferentes características de la calidad de vida entre se mencionan las siguientes:

- **Concepto subjetivo:** Cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida, la felicidad.
- **Concepto universal:** Las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.
- **Concepto holístico:** La calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las cuatro dimensiones de la calidad de vida, según explica el modelo biopsicosocial. El ser humano es un todo.
- **Concepto dinámico:** a lo largo del tiempo, cada persona va cambiando sus intereses y prioridades vitales y, por tanto, los parámetros que constituyen lo que considera calidad de vida.
- **Interdependencia:** Los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales.

Entre las ciencias de la salud, los avances de la medicina han posibilitado prolongar notablemente la vida, generando un incremento importante de las enfermedades crónicas. Ello ha llevado a poner especial atención a un término nuevo: Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy el concepto, como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar

⁴⁰ Ibid

físico, emocional y social. Las tradicionales medidas mortalidad/morbilidad están dando paso a esta nueva manera de valorar los resultados de las intervenciones, comparando unas con otras, y en esta línea, la meta de la atención en salud se está orientando no sólo a la eliminación de la enfermedad, sino fundamentalmente a la mejora de la Calidad de Vida del paciente⁴¹

5.7 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Badia, X; Salamero, M y Alonso, J. (2002)⁴², mencionan en sus estudios distintas Medidas de la calidad de vida relacionada con la salud. (CVRS) que pueden servir como base para una buena intervención y un manejo holístico del paciente con enfermedad crónica como lo es el paciente hipertenso.

1. La toma de decisiones en el sector salud debería tener en cuenta la percepción de los usuarios, apoyada en una profunda evidencia empírica de base científica, que considere, además de los indicadores clásicos cuantitativos (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) y los costos, los indicadores cualitativos que expresan el impacto sobre la calidad de vida y la satisfacción del paciente

2. Se debería además analizar el proceso de atención a la salud tanto en lo que hace a la evaluación de la excelencia técnica (decisiones terapéuticas, utilización de tecnologías de diagnóstico y tratamiento con fundamento sólido) así como la evaluación de la excelencia interpersonal, basada en un manejo científico, ético y humano de la relación médico-paciente.

⁴¹ Ibid

⁴² BADIA, X.; SALAMERO, M.; ALONSO, J. (2002). La medida de la salud: guías de medición en español. Edimac, Barcelona.

3. El estudio de los factores que determinan la percepción del paciente en los diversos momentos de la vida y de la enfermedad, es decir el proceso de adaptación a la enfermedad crónica, permitiría reconocer los mecanismos que inciden negativamente en la CVRS del paciente y encarar intervenciones psicosociales que promuevan el mayor bienestar posible⁴³.

4. Las decisiones exclusivas en base a costos, que se vienen dando en muchos países, donde la medicina pasa a ser una mercancía, son éticamente inaceptables y desde los profesionales de la salud debería insistirse en la necesidad de tomar en cuenta los otros elementos planteados.

El uso de medidas de calidad de la vida relacionada con la salud evalúa una amplia gama de dimensiones, y han sido diseñadas para ser aplicadas a todo tipo de pacientes con diferentes patologías y en el ámbito poblacional a fin de comparar y evaluar las diferentes variaciones del estado de salud. La importancia de esta medición permite destacar el estado funcional del paciente que refleje su salud física, mental y social.⁴⁴

5.8 CALIDAD DE VIDA SEGÚN BETTY. R. FERREL

Para este estudio se tomó el concepto propuesto en el modelo de calidad de vida aplicado por Ferrell y cols, quienes aceptan la calidad de vida, como una evaluación subjetiva de los atributos bien sea positivos o negativos que caracterizan la propia vida y que consta de cuatro dimensiones que incluyen: (1) bienestar físico, (2) bienestar psicológico, (3) bienestar social y (4) bienestar espiritual⁴⁵.

Es adecuado mencionar que Betty R. Ferrell quien se intereso en la calidad de vida de los pacientes desde su experiencia con pacientes con cáncer, toma la

⁴³ BADIA, X.; SALAMERO, M.; Alonso, J. , Ibid

⁴⁴ CALERO J. Del Rey, Alegre E. El tratamiento y la calidad de vida. En CALERO J. Del Rey, HERRUZO R, Rodríguez F, editores. Fundamentos de Epidemiología Clínica. Madrid: Síntesis. p. 153:166.

⁴⁵ FERRELL, Op cit: Pág. 18

calidad de vida cubriendo todos los entornos en los que el paciente se desenvuelve no solo desde el aspecto físico, sino desde una visión más holística e integral, cubriendo el aspecto social, espiritual y psicológico del paciente. Con su trabajo y dedicación en este tema desarrollo un instrumento, para medir la calidad de vida del paciente, el cual se puede aplicar en el área de crónicos sin ninguna dificultad⁴⁶.

Battersby y cols⁴⁷, realizaron un estudio comunitario de casos control con el objetivo de determinar si existían diferencias en la calidad de vida entre los pacientes hipertensos y apareados con los sujetos normotensos como controles. Los casos, con una edad entre 40 y 79 años, fueron seleccionados de manera randomizada de un registro de pacientes hipertensos y apareados con controles normotensos por edad, sexo, etnia y centro de salud. En el cual demostraron que los hipertensos presentaron un empeoramiento del bienestar comparados con los controles. Obtuvieron más bajos resultados en Health Index Status, mayor absentismo laboral, más quejas de síntomas y peor bienestar psicológico. Sus parientes también comunicaron peor calidad de vida en el grupo de hipertensos. Los autores concluyeron que este empeoramiento de la calidad de vida en los pacientes hipertensos respecto a los normotensos podía deberse a la propia enfermedad, los efectos adversos de los tratamientos farmacológicos o los efectos de etiqueta.

Croog y cols⁴⁸, publicaron un estudio, ya clásico, en 1986, sobre los efectos de la terapia antihipertensiva en la calidad de vida. Dirigieron un ensayo clínico multicéntrico, randomizado, a doble ciego con 626 hombres con leve o moderada hipertensión arterial para determinar el efecto de captopril, metildopa y propanolol en su calidad de vida. Los autores concluyeron que sus hallazgos

⁴⁶ Ibid

⁴⁷ BATTERSBY C, HARTLEY K, Fletcher AE et al. Quality of life in treated hypertension: a case-control community based study. J Hum Hypertens 1995; 9: 981-986.

⁴⁸ CROOG SH, LEVINE S, TESTA MA et al. The effects of antihypertensive therapy on the quality of life. N Engl J Med 1986; 314:1657-64.

mostraban que los fármacos antihipertensivos tienen diferentes efectos en la calidad de vida y que éstos pueden ser medidos con instrumentos psicosociales útiles.

En 1974, Lalonde citado por la OMS (1999)⁴⁹ realizó en Canadá un estudio a gran escala que lo llevó a formular un modelo de salud pública que aún es tomado como marco de referencia. Según este modelo, el nivel de salud de una comunidad viene determinado por la interacción de cuatro variables:

- La biología humana (genética, envejecimiento) con una proporción del 27% en la mortalidad en Estados Unidos.
- El medio ambiente: contaminación física (ruidos, radiaciones, etc.), química (plomo, plaguicidas, entre otros) y biológica (bacterias, virus, hongos) con una proporción en Estados Unidos de 19% de la mortalidad.
- El sistema sanitario (calidad, cobertura y gratuidad) de cuyas deficiencias dependería el 11% de la mortalidad en Estados Unidos.
- Estilo de vida o conductas insanas, tales como consumo de fármacos, falta de ejercicio físico, el estrés, promiscuidad sexual sin métodos de prevención de enfermedades o embarazos no deseados, conductas violentas, conducciones peligrosas (exceso de velocidad, no utilización del cinturón de seguridad), con una proporción del 43% de la mortandad en Estados Unidos.

⁴⁹ Directrices de la OMS, Op cit: pág. 20

5.8.1 BIENESTAR FÍSICO

Ferrell (1996)⁵⁰ lo define como el control o alivio de los síntomas y el mantenimiento de la función y la independencia. (Incluye la funcional, la salud física en general y los síntomas).

Para Rodríguez (1999), citado por Cucunubá (2006)⁵¹. Las manifestaciones físicas de la enfermedad son reconocidas por parte de los pacientes y de sus familiares como alteraciones en su bienestar y actividad cotidiana, que incluso en los casos en que los trastornos físicos les causan limitaciones, para los enfermos lo que mas les afecta es el que generan otras necesidades que solo pueden ser satisfechas con ayuda, lo cual puede producir en el paciente sentimientos de desesperación porque piensan que hacen perder el tiempo innecesariamente a sus familiares. Estos sentimientos pueden afectar el bienestar psicológico del paciente.

Cucunubá (2006)⁵² encontró que el bienestar físico presentaba poco problema, y se relacionaba a que el mayor porcentaje de las personas que participaron son mujeres, mayores de 60 años. Debido a que las mujeres en edad avanzada tienen un riesgo particularmente alto de padecer de trastornos cardíacos, problemas como cataratas y glaucoma, hiperglucemia o hipoglucemia y depresión. Las áreas con mayor problema fueron el estreñimiento, las nauseas, los cambios en el sistema reproductivo y la salud física en general

Se debe tener en cuenta que los padecimientos propios de la patología, se da con la aparición de ciertos síntomas asociados a la misma: cefaleas,

⁵⁰ FERRELL, Op cit, Pág 18

⁵¹ CUCUNUBÁ C, Op cit, Pág. 24

⁵² Ibíd., Pág 26.

hemorragias nasales, vértigo, enrojecimiento facial y cansancio⁵³. Los cuales alteran de gran manera el bienestar físico del paciente.

5.8.2 BIENESTAR PSICOLÓGICO

Ferrell (1996)⁵⁴ describe que es la búsqueda de un sentido de control en el enfrentamiento de una enfermedad que amenaza la vida caracterizada por un problema emocional, una alteración de las prioridades de la vida y miedo a lo desconocido, al igual que cambios positivos en la vida (Incorpora la sensación de control, la depresión, el temor y la felicidad).

En estudios publicados por Marrero y cols (2002)⁵⁵, expresan en sus hallazgos que el caso de la hipertensión arterial leve se deba a que generalmente el stress y sobre todo el estrés psíquico se asocia a formas ligeras de hipertensión arterial sin grandes repercusiones al igual que el tabaquismo frecuentemente asociado a este factor. No obstante en este hallazgo se señala que las tensiones emocionales mantenidas o reiteradas pueden desencadenar reacciones vasopresoras con hipertensión arterial. Dichas tensiones suelen estar condicionadas por múltiples factores, que van desde la personalidad hasta el régimen socioeconómico en que se vive.

Este bienestar se ha descrito o abordado en diferentes investigaciones sobre calidad de vida, como; De los Ríos (2004)⁵⁶ y (2005)⁵⁷, Melchior (2004)⁵⁸,

⁵³ MANUAL MERCK, sección 3 enfermedades cardiovasculares, Capítulo 25 Hipertensión arterial, 2005. Disponible en: <http://www.msd.com.mx/publicaciones/mmerck.html>

⁵⁴ FERRELL, Op cit: pág. 18

⁵⁵ MARRERO, Op cit pág. 33

⁵⁶ DE LOS RÍOS, José L. et al. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus. Salud pública de México. Vol. 48, No. 3 (mayo-junio de 2004).

⁵⁷ DE LOS RÍOS, Ibid, Vol. 68, No. 3, Julio-septiembre 2005.

Méndez (2000)⁵⁹ citados por Cucunubá (2006) en las cuales el deterioro de este bienestar es evidente, indicando que la diabetes puede afectar negativamente el bienestar físico por la aparición de complicaciones agudas y crónicas y por los síntomas físicos y exigencias de los tratamientos. A la vez en los resultados evidencian que se mantiene un avance continuo en el deterioro físico en relación a la cronicidad de la enfermedad, dicho deterioro se ve traducido en la presencia de síntomas como; calambres, entumecimiento de los pies, dolor, náuseas, vómito, pérdida o aumento de peso, diarreas, estreñimiento y disfunción sexual.

Ortega (1990)⁶⁰, en su estudio sobre bienestar psicológico como factor de dependencia en hemodiálisis, afirma que la respuesta de los pacientes a cada uno de los factores estudiados; puso de manifiesto que el paciente con Insuficiencia Renal Crónica en etapa avanzada y sometido al tratamiento de hemodiálisis considera muy importante el trato humano que se le proporciona. Se esperaba encontrar como respuesta más significativa que el factor primordial para los pacientes era esperar una evolución clínica satisfactoria, misma que relega como respuesta aun bienestar psicológico, que depende de la actitud y comportamiento del personal de salud al proporcionarle su tratamiento. Los datos obtenidos reflejaron que prevaleció la confianza y seguridad en los pacientes al ser tratados y tomados en cuenta como un ser humano que necesita cariño, apoyo y afecto.

⁵⁸ MELCHIORI, AC. Et al. Medidas de evaluación de la calidad de vida en Diabetes. Parte I: Conceptos y criterios de revisión. Segum Farmacoter. 2004.

⁵⁹ MÉNDEZ MARTINS, Lucia et al. Calidad de vida de las personas con enfermedad crónica. En: Rev. Latino AM enfermagen. Brasil. Vol.4, No.3 (2000).

⁶⁰ ORTEGA. Susana. Bienestar psicológico como factor de dependencia en hemodiálisis. Hospital general de la zona 1 nayarit México. 1990. p 19

Para Rodríguez (1999), citado por Cucunuba, las manifestaciones físicas de la enfermedad son reconocidas por parte de los pacientes y de sus familiares como alteraciones en su bienestar y actividad cotidiana, que incluso en los casos en que los trastornos físicos les causan limitaciones, para los enfermos lo que mas les afecta es el que generan otras necesidades que solo pueden ser satisfechas con ayuda, lo cual puede producir en el paciente sentimientos de desesperación porque piensan que hacen perder el tiempo innecesariamente a sus familiares. Estos sentimientos pueden afectar el bienestar psicológico del paciente.

Battersby y cols⁶¹, utilizaron un cuestionario autoadministrado que incluía el Cuestionario de Actividades y Síntomas de Bulpitt y Fletcher, entre otros, en donde los hipertensos mostraron un empeoramiento del bienestar comparados con los controles. Obtuvieron más bajos resultados en Health Index Status, mayor absentismo laboral, más quejas de síntomas y peor bienestar psicológico.

Calvo Francés, Díaz, Ojeda, Ramal y Alemán (2001)⁶²; los cuales, al comparar el nivel de estrés entre sujetos hipertensos y normotensos, observaron que la puntuación media del nivel de estrés fue superior en el grupo de hipertensos que en el de normotensos, aunque en su caso las diferencias no alcanzaban a ser significativas. A diferencia de los estudios realizados por Friedman, Schwartz, Schall, Pieper, Gerin y Pickering; que no hallaron diferencias consistentes entre los hipertensos leves y los normotensos en relación con la ansiedad.

⁶¹ BATTERSBY C, Op cit, Pág. 41

⁶² CALVO F, DÍAZ D, OJEDA N, RAMAL J, ALEMÁN S. Diferencias en ansiedad, depresión, estrés y apoyo social entre sujetos hipertensos normotensos. *Ansiedad y Estrés* 2001;2-3: 203-13.

Para Cárdenas (2005), citado por Cucunubá⁶³ en cuanto a la influencia de factores sociodemográficos con la calidad de vida, la autora afirma que ha mayor escolaridad mejor calidad de vida, los hombres refieren mejor calidad de vida que las mujeres.

5.8.3 BIENESTAR SOCIAL

Según Ferrell, este bienestar brinda una forma de ver no sólo la enfermedad o sus síntomas, sino también, a la persona que rodea la patología; es el medio por el que reconocemos al paciente con la enfermedad, sus relaciones y sus roles⁶⁴ (Se enfoca en los componentes de interrelación de la calidad de vida, incluidos los distreses familiares, el aislamiento social, las finanzas y la función sexual).

El funcionamiento social hace referencia, según World Health Organization (2003)⁶⁵, al trastorno de las actividades sociales normales y es el resultado de diferentes factores, como limitaciones funcionales debidas al dolor y/o fatiga, el miedo del paciente de ser una carga para los demás, el temor por los síntomas o las discapacidades, sentimientos de incomodidad entre los miembros de la red social del paciente, miedo al contagio, etc. Dentro de este apartado, hay que considerar también las actividades de rol, esto es, desempeño de papeles asociados con el trabajo y la familia. En suma, cuando se habla de calidad de vida en el paciente crónico se hace alusión a su propia valoración global frente a la adaptación funcional, cognitiva, emocional, social y laboral.

⁶³ CUCUNUBA C, Op cit, Pág. 24

⁶⁴ FERRELL, Op cid: pág. 18

⁶⁵ WORLD HEALTH ORGANIZATION, Op cid: pág. 20

Para Kaplan (1991)⁶⁶ y Kellner (1991)⁶⁷, el menor apoyo social podría conducir hacia una menor adopción de hábitos de vida saludables y un peor cumplimiento de las recomendaciones médicas.

Varios estudios muestran que una peor red social se asocia con valores más altos de presión. Fernández (2002)⁶⁸ y Ferrando (1996)⁶⁹. Entre las posibles explicaciones de este hallazgo se ha sugerido que el aislamiento social puede limitar la recepción de apoyo social (informativo, emocional o instrumental), y ello se asocia con una mayor presión arterial. Grau j. y Glynn (2002)⁷⁰.

Según Poveda Salva (2002) citado por Cucunubá (2006)⁷¹, la persona con enfermedad crónica sufre la pérdida del rol del enfermo, cambios en el rol de los demás miembros de la familia, separación del entorno familiar, problemas de comunicación en la familia. Las enfermedades crónicas, como el cáncer, no sólo alteran al paciente por el proceso de adaptación que implican, sino que pueden producir dificultades económicas, cambiar la visión que la persona tiene de sí misma, afectar las relaciones con los miembros de la familia y amigos..

La elevada frecuencia de hipertensión arterial esencial en los países industrializados, permite suponer que en esas naciones existen ciertos factores que, eventualmente, favorecen el desarrollo de la enfermedad. Se trata del estrés psicosocial, término que abarca la incapacidad del individuo para solucionar conflictos, el aislamiento social, la pérdida de las relaciones

⁶⁶ KAPLAN, Op cit, Pág. 18

⁶⁷ KELLNER R, SHEFFIELD BF. A self-rating scale of distress. Psychol Med 1991; 3: 88-100.

⁶⁸ FERNÁNDEZ, N, Concepción O, Verdecie- Fera OI, Chávez-Rodríguez L, Álvarez-González MA y Fiallo-Sánchez MC. Patrón de conducta tipo A y acontecimientos vitales como riesgo para el infarto cerebral. Neurología 2002;7:622-7.

⁶⁹ FERRANDO J, NEBOT M, BORRELL C, EGEA L. Apoyo social y estado de salud percibido en población anciana no institucionalizada de más de 60 años. Gac Sanit 1996;10:174-82.

⁷⁰ GRAU-J G. Cuestionario OARS y EASY. Validación y aplicación práctica. Aten Primaria. 1995; 16:135S-136S.

⁷¹ CUCUNUBA C, Op cit Pág. 24

familiares y la lucha constante por alcanzar el éxito, entre otras circunstancias propias del modo de vida en las grandes concentraciones urbanas.

Lam y cols (1994)⁷² mantienen que a superior nivel de estudios, mejor calidad de vida. Las peores puntuaciones obtenidas en la escala de bienestar social (sentimiento de pertenencia al grupo) por los sujetos con niveles intermedios de estudios pueden explicarse por la diferencias entre los logros alcanzados y las expectativas de las personas, que les hacen percibir esta dimensión de la calidad de vida de peor manera que sujetos con inferiores niveles de estudios, pero quizá con metas más modestas.

Las relaciones sociales además de ser un indicador de integración en la estructura social, influyen en el estado de salud. Una red social más pobre se asocia con una peor salud subjetiva⁷³ y una peor calidad de vida⁷⁴. El aislamiento social también se ha relacionado con la mayor mortalidad global y por enfermedades cardiovasculares, accidentes y suicidios⁷⁵. Además, los sujetos con menor apoyo social presentan peor pronóstico después de una enfermedad cardiovascular⁷⁶. Por último, se ha observado una relación inversa entre la relación social y algunos trastornos mentales⁷⁷. Aunque la interacción social incómoda y estresante también podría asociarse con una peor salud mental⁷⁸.

⁷² LAMS, T, OS I. Quality of Life in Hypertension. J Hum Hypertens 1994; 8:S27-S30.

⁷³ FERRANDO J, Op cit, Pág. 48

⁷⁴ LÓPEZ GARCÍA E, BANEGAS BANEGAS JR, REGADERA A, HERRUZO CABRERA R, RODRÍGUEZ ARTALEJO F.. Social network and health-related quality of life in older adults: a population-based study in Spain. Qual Life Res. 2005;14:511

⁷⁵ STANSFELD S.. SOCIAL SUPPORT AND SOCIAL COHESION. En: Marmot M, Wilkinson R, editors. Social determinants of health. Oxford: Oxford University Press, 1999; p. 155-78.

⁷⁶ MOOKADAM F, ARTHUR HM.. Social support and its relationship to morbidity and mortality after acute myocardial infarction: systematic overview. Arch Intern Med. 2004;164:1514

⁷⁷ Predictors of psychiatric morbidity in a cohort of British Civil servants (Whitehall II Study). Psychol Med. 1998;28:881-92.

⁷⁸ GUMP BB, POLK DE, KAMARCK TW, SHIFFMAN SM.. Partner interactions are associated with reduced blood pressure in the natural environment: ambulatory monitoring evidence from a healthy, multiethnic adult sample. Psychosom Med. 2001;63:423-33.

Varios estudios muestran que una peor red social se asocia con valores más altos de presión⁷⁹. Entre las posibles explicaciones de este hallazgo se ha sugerido que el aislamiento social puede limitar la recepción de apoyo social (informativo, emocional o instrumental) y ello se asocia con una mayor presión arterial⁸⁰. A su vez, el menor apoyo social podría conducir hacia una menor adopción de hábitos de vida saludables y un peor cumplimiento de las recomendaciones médicas⁸¹. También, una buena red social puede atenuar la respuesta cardiovascular ante situaciones de estrés y evitar la elevación de la presión arterial acompañante⁸².

5.8.4 BIENESTAR ESPIRITUAL

Betty Ferrell define este bienestar como la habilidad para mantener la esperanza y obtener significado de la experiencia de la enfermedad que se caracteriza por la incertidumbre⁸³. (Incorpora los temas de significado y propósito de la vida, la esperanza, la incertidumbre y la trascendencia).

Abordado en investigaciones como Fernández (2000), Whetsell (2003), citados por Cucunubá (2006)⁸⁴ en las cuales coinciden en que el creer en Dios es un apoyo que ayuda y reconforta a los pacientes, les hace sentir bienestar, esperanza, ya que se sienten escuchados cuando establecen una comunicación con Dios por medio de la oración. A la vez indican que el apego a creencias religiosas es mayor después del diagnóstico de una enfermedad. Las creencias religiosas facilitan el afrontar a la enfermedad, los alienta para seguir adelante, renovar sus fuerzas y recuperar su esperanza que en ocasiones se ve afectada por el progreso de la enfermedad.

⁷⁹ Network and blood pressure: a population study. Psychosom Med. 1991;53:598-607

⁸⁰ STROGATZ DS, CROFT JB, JAMES SA, KEENAN NL, Browning SR, Garrett JM, et al.. Social support, stress, and blood pressure in black adults. Epidemiology. 1997;8:482-7.

⁸¹ MARÍN REYES F, RODRÍGUEZ MORÁN M. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. Salud Pública Mex. 2001; 43:336-9.

⁸² GLYNN LM, CHRISTENFELD N, GERIN W. Gender, social support, and cardiovascular responses to stress. Psychosom Med. 1999; 61: 234-42.

⁸³ FERRELL, Op cit Pág, 18

⁸⁴ CUCUNUBA C, Op Cip: Pág. 24

Zavala (2005) citado por Cucunubá (2006)⁸⁵ afirma que la espiritualidad se relaciona directamente con la ansiedad de la siguiente manera, a mayor nivel de espiritualidad menor nivel de ansiedad, a la vez menciona que la espiritualidad tiene efectos positivos en el estilo de vida de cada persona en especial con enfermedad crónica, a la vez estos autores consideran el hecho de que la espiritualidad se relaciona también con la opinión de las personas sobre su vida, a si como las fuerzas para sobrellevar la enfermedad, impulsar los pensamientos, sensaciones opiniones y las expresiones. Por otra parte Tongprateep, la espiritualidad tiene consecuencias que se reflejan en el afrontamiento a los problemas de la vida, las esperanzas y una mentalidad pacífica.

Cucunubá (2006)⁸⁶ en su estudio sobre Calidad de vida del paciente con enfermedad crónica de diabetes en el centro de atención ambulatoria cundí santa marta, expresa que la espiritualidad es concebida por el ser humano de diversas maneras, existen personas que creen fielmente en la existencia de un ser supremo con la autoridad y el poder para cambiar la vida de las personas, anteriormente, se creía que la enfermedad era un castigo de Dios por las malas acciones que la persona realizó, hoy día esa percepción a cambiado un poco, la enfermedad para aquellas personas con creencias definidas en Dios, son situaciones que permiten fortalecer la fe del creyente. A la vez existen personas que no creen en Dios y para algunas su percepción cambia luego de enfrentarse a su nueva situación de salud, colocarse en las manos de Dios y ver resultados positivos, los cuales le atribuyen al poder de Dios sobre ellos.

El estudio realizado en Jackson Heart Study (2006)⁸⁷ sobre población afroamericana ha puesto de relieve que los individuos que practican liturgias religiosas y siguen preceptos espirituales tienen una presión sanguínea

⁸⁵ CUCUNUBA C, Ibid

⁸⁶ Ibid, Pág 49

⁸⁷ JACKSON HEART STUDY Disponible en:

<http://www.consumer.es/web/es/salud/prevencion/2006/05/18/152128.php>

significativamente inferior a la de afroamericanos agnósticos o materialistas. Sharon Wyatt, investigadora de la Universidad de Mississippi y coordinadora del proyecto, ha explicado que el Jackson Heart Study quiso indagar en por qué hay tantas disparidades entre los afroamericanos en cuanto a salud cardiovascular. Las estadísticas, mostraron que los participantes del estudio que seguían ritos religiosos y acudían periódicamente a misa registraban valores de presión arterial significativamente por debajo de los de quienes no incluían dicha rutina en sus quehaceres. La explicación más sensata a este fenómeno, interpreta Wyatt⁸⁸, podría ser el efecto paliativo sobre el estrés que las liturgias ejercen sobre esta población. Un efecto beneficioso y apaciguador del que los individuos que no profesan ninguna creencia o espiritualidad quedarían privados.

⁸⁸ Ibid

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Describir la calidad de vida del paciente con enfermedad crónica de hipertensión arterial en la EPS COOMEVA, en Santa Marta durante el periodo comprendido entre el mes de Julio a noviembre del año 2006.

6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir el bienestar físico de los pacientes con enfermedad crónica de hipertensión arterial en la EPS Coomeva
- Describir el bienestar psicológico de los pacientes con enfermedad crónica de hipertensión arterial en la EPS Coomeva.
- Describir el bienestar social de los pacientes con enfermedad crónica de hipertensión arterial en la EPS Coomeva.
- Describir el bienestar espiritual de los pacientes con enfermedad crónica de hipertensión arterial en la EPS Coomeva.

7. METODOLOGIA

7.1 AMBITO

El estudio de investigación sobre Calidad de Vida de pacientes con enfermedad crónica de Hipertensión se realizó en las instalaciones de la EPS Coomeva en los meses de julio a noviembre del año 2006.

La Unidad de Atención Básica de la EPS COOMEVA, se encuentra ubicada en la Cra. 5 No. 26-35 L-9 Centro Comercial. Quinta Avenida.

La Unidad Básica de Atención de la EPS Coomeva cuenta con programas de Promoción y Prevención, dentro de los cuales se encuentran Club de Hipertensos y Diabéticos, donde diariamente se atienden aproximadamente 50 pacientes entre Hipertensos y Diabéticos.

7.2 POBLACION

Esta compuesta por 691 pacientes que se encuentran en la base de datos del Club de Hipertensos de la EPS Coomeva.

7.3 UNIDAD DE ANALISIS

La unidad de análisis está conformada por los pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial.

7.4 TIPO DE ESTUDIO

El tipo de diseño a utilizar es descriptivo, cuantitativo y de corte transversal pretende describir la variable y analizar su incidencia, sobre el fenómeno calidad de vida de los pacientes con Hipertensión Arterial.

- **Descriptivo:** Porque pretende observar, comprender, describir, y documentar como es la calidad de vida en los pacientes con enfermedad crónica de hipertensión arterial en la EPS coomeva, entre los meses de julio a noviembre lo que ayudara a plantear nuevos estudios, servir como base para que el cuidado del paciente sea eficaz, mirándolo desde una perspectiva holística.
- **Corte Transversal:** Porque permite que se obtengan los datos en un momento específico de tiempo, para este estudio serán los meses de Julio a Noviembre de 2006. Este estudio permitirá al investigador establecer un cronograma que favorezca tomar datos para la muestra en los meses determinados⁸⁹.
- **Cuantitativo:** por que con el se pretende medir el fenómeno de estudio (calidad de vida los pacientes con enfermedad crónica de Hipertensión de la EPS Coomeva) a través de la descripción, análisis e interpretación de datos relativos con la pregunta de investigación planteada

⁸⁹CERDA, Hugo. Los Elementos de la Investigación. Editorial: El Buho, Segunda edición. Pag 46-48-74.

7.5 TIPO DE MUESTREO

7.5.1 MUESTRA

Se realizó un muestreo intencional tomando un total de 42 pacientes que cumplen con los criterios de inclusión al estudio, durante el tiempo correspondiente entre julio y noviembre.

7.6 CRITERIOS DE SELECCIÓN Y MEDICIÓN DE LAS VARIABLES DE ANÁLISIS.

Las variables de análisis a describir son las siguientes:

- ✓ **Bienestar Físico:** Estado del individuo en el que goza de buena salud y actividad.
- ✓ **Bienestar Psicológico:** Estado del individuo en el que goza de buen estado mental y emocional.
- ✓ **Preocupaciones Sociales:** Situación a la que se enfrenta el individuo en cuanto a sus relaciones interpersonales y familiares.
- ✓ **Bienestar Espiritual:** Estado del individuo en el que goza de su actividad espiritual.

7.6.1 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
Bienestar Físico	Es el control o alivio de los síntomas y el mantenimiento de la función y la independencia. (Incluye la funcional, la salud física en general y los síntomas).	Cuantitativa	Razón	Ningún problema 1, 2 Problema severo 3, 4

VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
Bienestar Psicológico	Es la búsqueda de un sentido de control en el enfrentamiento de una enfermedad que amenaza la vida caracterizada por un problema emocional, una alteración de las prioridades de la vida y miedo a lo desconocido, al igual que cambios positivos en la vida (Incorpora la sensación de control, la depresión, el temor y la felicidad).	Cuantitativa	Razón	Ningún problema 1, 2 Problema severo 3, 4

VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
Bienestar Social	Brinda una forma de ver no sólo la enfermedad o sus síntomas, sino también, a la persona que rodea la patología; es el medio por el que reconocemos al paciente con la enfermedad, sus relaciones y sus roles (Se enfoca en los componentes de interrelación de la calidad de vida, incluidos los distreses familiares, el aislamiento social, las finanzas y la función sexual).	Cuantitativa	Razón	Ningún problema 1, 2 Problema severo 3, 4

VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
Bienestar Espiritual	Es la habilidad para mantener la esperanza y obtener significado de la experiencia de la enfermedad que se caracteriza por la incertidumbre. (Incorpora los temas de significado y propósito de la vida, la esperanza, la incertidumbre y la trascendencia).	Cuantitativa	Razón	Ningún problema 1, 2 Problema severo 3, 4

• **VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS**

NOMBRE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION	NIVEL DE MEDICION	ESCALA DE MEDICION
EDAD	CUANTITATIVA	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento hasta la fecha	INTERVALOS	<ul style="list-style-type: none"> • <de 17 años. • De 18 a 35 años. • De 36 a 59 años. • >de 60 años.
NIVEL DE ESTUDIOS	CUALITATIVA	Conjunto de cursos que una persona sigue en un establecimiento docente	ORDINAL	<ul style="list-style-type: none"> • De 0 grado a 11 grado. • Técnico universitario • No sabe leer ni escribir.
ESTADO CIVIL	CUALITATIVA	Condición de cada persona en relación con los derechos u obligaciones civiles	NOMINAL	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Separado • Unión libre • Viudo
SEXO	CUALITATIVA	Condición orgánica que distingue a los seres humanos	NOMINAL	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino

7.7 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

7.7.1 INCLUSION

- Pacientes que pertenezcan al Club de Hipertensos de la EPS Coomeva, durante los meses de julio a noviembre.
- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes que aceptan participar en el estudio.

7.7.2 EXCLUSION

- Pacientes con trastornos mentales
- No encontrarse activos en el club de hipertensos de la EPS Coomeva.

7.8 TECNICAS O INSTRUMENTO A UTILIZAR PARA LA RECOLECCION DE RESULTADOS

7.8.1 Recolección de datos primaria. Instrumento. Se utilizó el instrumento sobre la calidad de vida/dolor a razón de cáncer-paciente/el sobreviviente del cáncer, de Betty R. Ferrell. (Quality of Life Family Versión de Ferrell y cols 1996)⁹⁰. Citado por Cucunubá (2006) El cual se origino de estudios cualitativos, inicialmente realizados en pacientes con cáncer y después en sobrevivientes de cáncer y en cuidadores familiares. El instrumento para medir la calidad de vida en su versión de la familia personal (QOL) de Betty Ferrell el cual fue revisado y probado a partir de 1994-1998 en un estudio de pacientes con cáncer. La prueba al reexaminar la confiabilidad siguió siendo $r=.89$ y la consistencia interna del alfa $r=.69$, El análisis factorial confirmó los 4 dominios de QOL como sub-escalas para el instrumento.

⁹⁰ FERRELL, Op cit: pág. 18

Cabe mencionar en este punto que el instrumento ha gozado de autorización para su uso desde el inicio y la evaluación de cada ítem se efectúa mediante una escala likert, Escala sobre calidad de vida /paciente con enfermedad crónica de 1 a 4, adaptada por el grupo de Docentes de la línea de investigación cuidado al paciente crónico de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional con autorización de la Dra. Betty Ferrell, (abril 20 de 2006) para su adecuada utilización. (Ver anexo A).

Para efectos de análisis la investigadora continua la clasificación enunciada por la autora. Donde (1) es la ausencia de problema, (2) algo de problema, (3) problema, (4) problema severo, dependiendo de la variable que se este evaluando. Esta es una escala ordinal de cuarenta y un ítems, que mide la calidad de vida de un paciente con cáncer, en el bienestar físico, emocional, espiritual y social.

El bienestar físico cuenta con ocho (8) ítems, el bienestar psicológico consta de dieciocho (18) ítems, el bienestar social con ocho (8) y el bienestar espiritual con siete ítems. A la vez la escala dentro de cada bienestar consta de ítems inversos que corresponden a los números, 1-7, 9, 16-27, 29-34 y 38. Tiene un grado de validez y confiabilidad de .89, la consistencia presento un alfa de .69 en los cuatro dominios.

7.8.1.1 Encuesta de caracterización de pacientes con enfermedad crónica

Se utilizo una encuesta que ayuda a determinar las características de los cuidadores familiares, fue elaborado por el grupo de Cuidado al paciente crónico de la facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia Bogotá (2002), identificando 11 aspectos tales como tipo de servicio, sexo, edad del paciente, alfabetismo, grado de escolaridad, estado civil, ocupación, nivel socioeconómico, único cuidador, cuidado desde el momento del diagnóstico, tiempo de cuidado, horas de dedicación al cuidado y la relación

con la persona cuidada. Cada uno de los ítems tiene una codificación numerada que va de 0 a 8, dependiendo de los aspectos considerados en cada ítem.

Determina: género, edad, escolaridad, estado civil, ocupación, situación socioeconómica, tiempo de diagnóstico y horas que requiere ayuda por parte de un cuidador. (Ver anexo B)

7.8.2 Fuente de datos secundaria

Revisión de otras investigaciones, Libros, Revistas indexadas.

7.9 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES DE LA INVESTIGACIÓN

Para hablar de los aspectos éticos de la investigación es necesario conocer las normas y legislación acerca del tema. Cabe destacar tres notas básicas para analizar una investigación, las cuales están en algunas de las declaraciones propuestas acerca de lo que constituyen los principios éticos en la investigación con seres humanos:

- ✓ Principio de autonomía en todo cuanto atañe al respeto de la dignidad y la libertad del ser humano.
- ✓ Principio de justicia en cuanto hace alusión a la relación costo/beneficio y más aún a la relación riesgo/beneficio para el ser humano.

Comprende el consentimiento informado y la confidencialidad que se relaciona con la autonomía y hace referencia a la veracidad como norma principal.

La Resolución No. 008430 de 1993, del Ministerio de Salud establece las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, de la cual se toma el aparte que hace alusión a la investigación en seres humanos.

En el Título II, Capítulo I: Artículo 5. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

Artículo 6. La investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios:

- ✓ Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.

- ✓ Se realizará sólo cuando el conocimiento que se pretende producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.
- ✓ Deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos), los cuales no deben en ningún momento contradecir el Artículo 11 de esta Resolución.
- ✓ Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente Resolución.
- ✓ Deberá ser realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad de salud, supervisada por las autoridades de salud, siempre y cuando cuenten con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.
- ✓ Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación, el consentimiento informado de los participantes y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la Institución.

Artículo 8. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Todas las consideraciones éticas apuntan al respeto de los principios de la Bioética, citados en revista de ANEC (2003)⁹¹.

⁹¹ ANEC. Publicación oficial de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia. Edición número 60 - sección científicas. Bogotá. 2003. p. 16. Disponible en: anecnal@andinet.com

7.10 TÉCNICAS O PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Los datos fueron procesados estadísticamente utilizando el programa SPSS versión 11.5. Al momento de analizar los datos se utilizó la distribución de frecuencia que permite el ordenamiento sistemático y organizado de la información del instrumento diseñado por Betty Ferrell, de acuerdo con los códigos correspondientes a la escala de liker y se analizaron los comportamientos de la variable a través de su descripción estadística con medidas de tendencia central (promedios).

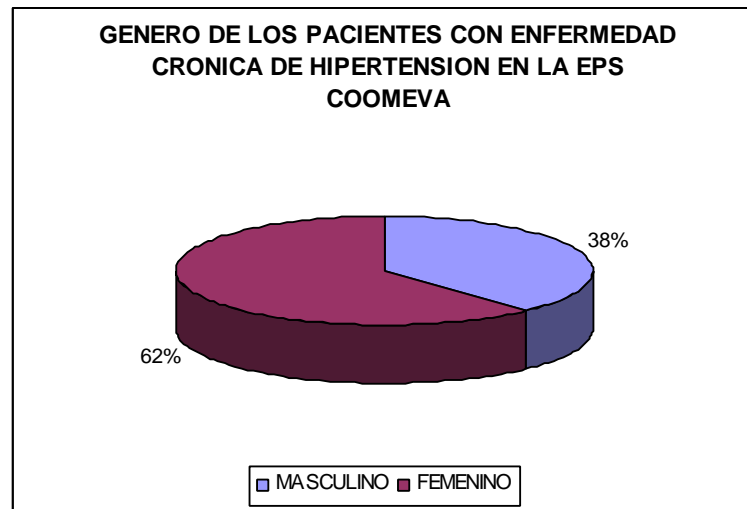
Para cada bienestar se utilizó el gráfico de Bloxplot, a través del cual se puede observar la tendencia de cada gráfico y se analiza de acuerdo a la interpretación de las variables. Se seleccionaron las preguntas que dieron datos extremos en los promedios y se graficaron los porcentajes de frecuencia.

Para describir la calidad de vida, se realizó un análisis por cada una de las dimensiones contenidas en el instrumento a partir de la suma y puntaje total por paciente con hipertensión arterial. El análisis descriptivo de cada dimensión contiene el promedio, mediana, desviación estándar y coeficiente de variación del puntaje obtenido por bienestar. Se trabajó con un nivel de significancia estadística de 0.05.

8. RESULTADOS

8.1 CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS QUE VIVEN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD CRÓNICA

Figura N° 1



Fuente: Datos investigación

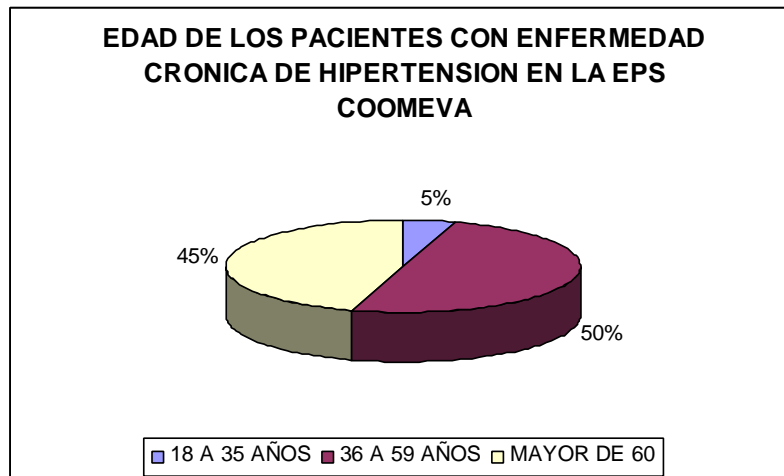
En la figura 1 se observa que el 62% de los encuestados corresponden al sexo femenino y el 38% corresponden al sexo masculino, coincidiendo con la Organización Mundial de la Salud (1999)⁹², la cual publica que la Hipertensión Arterial, constituye el primer riesgo de muerte en la mujer y el segundo para los varones en el mundo occidental; a la vez se diferencia de los estudios realizados en la Universidad de Antioquia y en el municipio de San Pedro, citados por Ochoa (1991)⁹³ y Naranjo (1994)⁹⁴ donde se evidencia que el sexo masculino presenta mayor riesgo de padecer hipertensión arterial.

⁹² Directrices de la OMS, Op cit Pag. 20

⁹³ OCHOA O, BUSTAMANTE L, BAZAN G, TOVAR L, Op cit Pág. 32

⁹⁴ NARANJO P. Op cit Pág. 32

Figura N° 2



Fuente: Datos investigación

En la figura 2 se observa que el 50% se encuentran entre los 36 y 59 años de edad, y el 45% son mayores de 60 años; lo cual coincide con estudios realizados por el Ministerio de Salud del Perú (2005)⁹⁵, en donde demostraron que la hipertensión arterial se está incrementando en adultos entre 31 y 40 años, manifiestan que las cifras señalan que esta enfermedad es propia de los adultos mayores de 40 años, ya que afecta al 22,2% de personas de entre 41 y 50 años y a 45 de cada 100 mayores de 50 años, a la vez indican que lo más preocupante es que este mal, propio de los adultos mayores, también está afectando a adolescentes, jóvenes y adultos jóvenes.

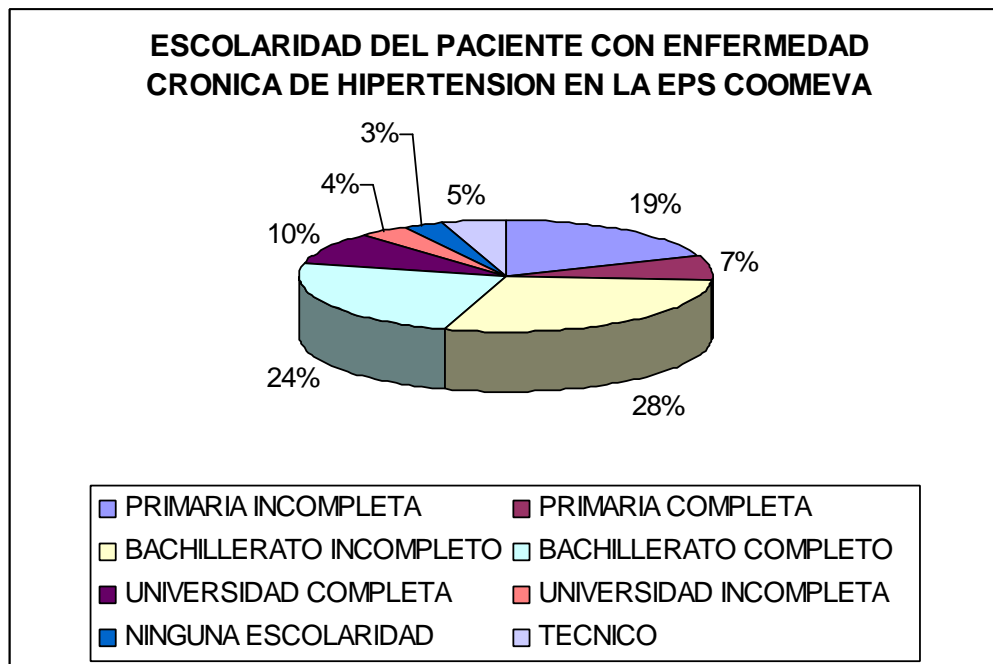
Contrario a lo manifestado por Roca, citado por (Marrero y cols)⁹⁶ el cual plantea que existe el criterio de que las cifras de tensión arterial diastólica, aumenta con la edad. Se ha comprobado que la presión arterial promedio tiende a aumentar de manera progresiva a medida que el individuo envejece, este incremento de la frecuencia de hipertensión arterial sobre la base de la edad. Sánchez en un estudio realizado en Santiago de Cuba citado por Marrero

⁹⁵ MINISTERIO DE SALUD PUBLICA PERU, Op cit, Pág. 33

⁹⁶ MARRERO, Op cit Pág. 33

y cols (2002)⁹⁷ encontró el mismo resultado, donde la hipertensión arterial predominó en las edades mayores, sobre todo en las edades geriátricas.

Figura N° 3



Fuente: Datos investigación

Al analizar la figura 3 se destaca que el 28% tiene el bachillerato incompleto, y el 19 % han cursado estudios primarios incompleto lo cual coincide con estudios realizados por Fonseca, citado por (Marrero y cols)⁹⁸ quien encontró un predominio de pacientes con grado de escolaridad secundario. Álvarez, citado por (Marrero y cols)⁹⁹ en un estudio epidemiológico de la hipertensión arterial en un área de salud de Camaguey, también reportó una mayor incidencia de la hipertensión arterial en pacientes de bajo nivel de escolaridad.

⁹⁷ Ibid

⁹⁸ Ibid

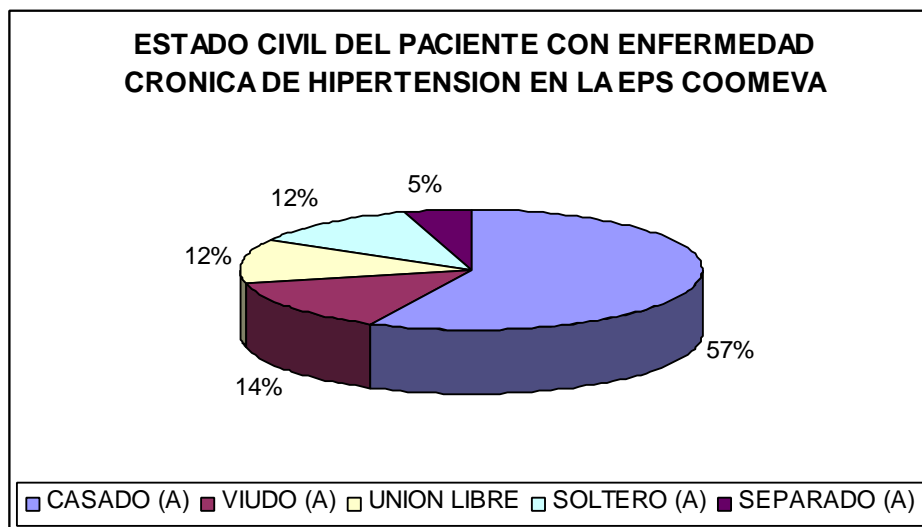
⁹⁹ Ibid

A la vez en estudios realizados por la Universidad de Chile (2007)¹⁰⁰, manifiestan que el riesgo de morir aumenta en un 54% en personas con baja escolaridad. Se demostró que si las personas tenían un bajo nivel de educación, es decir, si habían alcanzado sólo la formación básica (ocho años de escolaridad), poseían 54% más de riesgo de fallecer a causa de enfermedades crónicas que el grupo con educación superior al nivel primario. Asimismo, su expectativa de vida disminuía al menos un 10%.

Este bajo nivel de instrucción explica el por qué existe un elevado desconocimiento por parte de la población de importantes aspectos de la hipertensión arterial trayendo consigo que los pacientes no lleven a cabo por desconocimiento de su relevancia cambios en el modo y estilo de vida, como disminución de la ingesta de sal en las comidas, práctica sistemática de ejercicios físicos, realización del tratamiento correctamente, disminución de hábitos como el alcoholismo, el tabaquismo, hechos que redundan en la aparición de hipertensión arterial y en la evolución desfavorable de la misma una vez que esta se ha presentado.

¹⁰⁰ UNIVERSIDAD DE CHILE, Op cit, Pág. 34

Figura N° 4

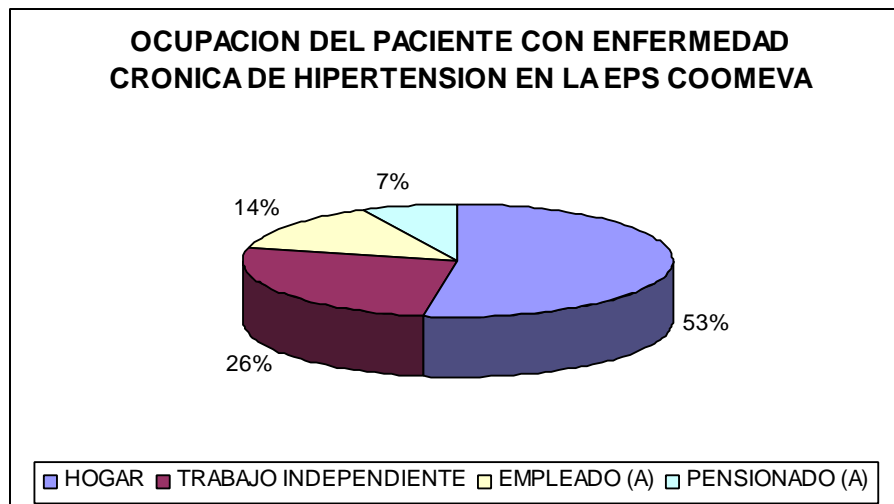


Fuente: Datos investigación

En la figura 4 se observa que el 57% de los pacientes se declaraban casados, el 14% viudos y el 11.9% que vivían en unión libre. Lo cual coincide con Montoya y cols (1996)¹⁰¹ en su estudio en cuanto al estado civil, se observa una marcada proporción de prevalencia de hipertensión en los individuos casados con un 72%; los solteros y los separados presentan igual proporción de prevalencia, 12%; en los viudos se observa el menor índice de prevalencia de hipertensión con un 4%.

¹⁰¹ MONTOYA, Op cid, Pág. 35

Figura N° 5.



Fuente: Datos investigación

En la figura 5 se observa que el 53% se dedicaban al hogar, y el 26% a trabajo independiente lo cual coincide con Bayard, citado por (Marrero y cols)¹⁰² el cual encontró en un estudio realizado en 1995 en el Policlínico Comunitario Dr. Mario Muñoz Monroy del poblado El Caney resultados similares, donde se encontró un predominio de las amas de casa dentro de la población estudiada, Fonseca, citado nuevamente por (Marrero y cols)¹⁰³ en su estudio llevado acaba en 1998 en el Reparto Municipal refiere iguales resultados. A la vez se diferencia de Una encuesta reciente, realizada en el Distrito Federal, que se aplicó a grupos de la población clasificados por sus ingresos económicos como de clase media alta (profesionistas y técnicos); media baja (oficinistas y burócratas) y baja superior (obreros), indicó que es en el primer grupo donde se presenta la hipertensión con mayor frecuencia, seguido del grupo de clase media baja, mientras que en el grupo de menores ingresos, el porcentaje de hipertensos fue menor.

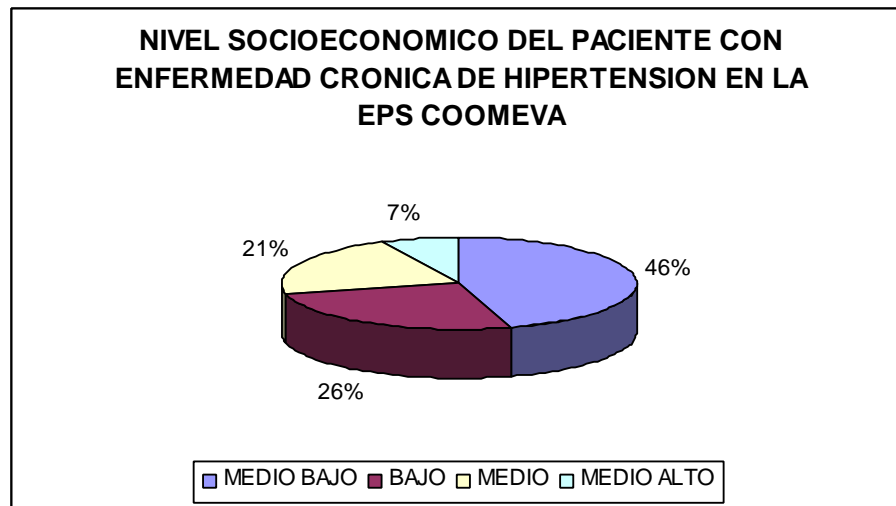
Este hallazgo se relaciona con el hecho de que el sexo femenino fue el que predominó en el estudio con un porcentaje de 61.9%. Debiéndose señalar que

¹⁰² MARRERO, Op cit Pág. 33

¹⁰³ Ibid

las mujeres amas de casa llevan sobre sí de forma general todo el peso de la atención, el cuidado de los niños, las labores domésticas ,(entre otras por lo cuál están más sometidas al stress), realizan menos ejercicios físicos saludables, tienen mayor tendencia al sedentarismo y la obesidad, factores que influyen en una mayor aparición de la hipertensión arterial.

Figura N° 6

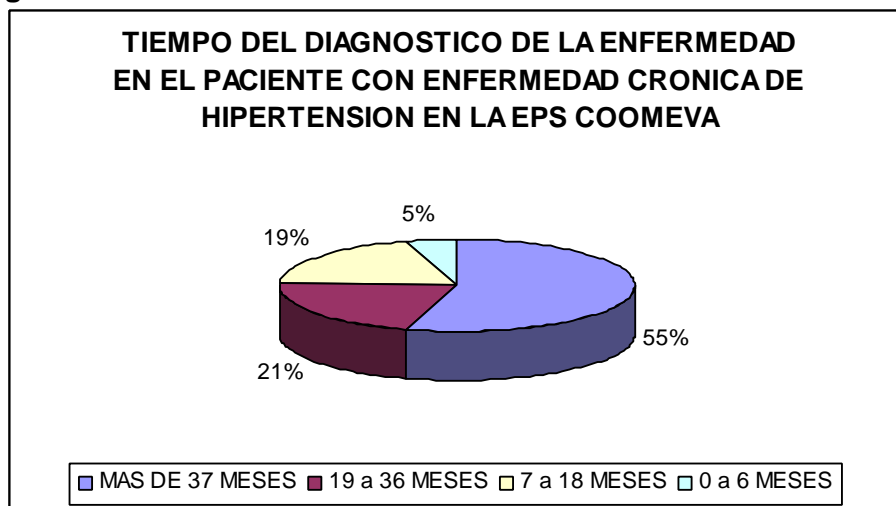


Fuente: Datos investigación

En la grafica 6 se observa que el 46% tienen un nivel medio bajo, el 26% tiene un nivel bajo y el 21% tiene un nivel medio lo cual coincide con el estudio publicado por Pellón (2006)¹⁰⁴, quien pone de manifiesto que los ciudadanos con menor nivel socioeconómico y cultural, que viven en barrios con menor poder adquisitivo llevan una vida más sedentaria, su presión arterial es mayor, padecen más obesidad, no llevan dietas vigiladas por médicos o farmacéuticos y su índice de masa corporal es mayor.

¹⁰⁴ PELLON, Op cid. Pág. 36

Figura N° 7.



Fuente: Datos investigación

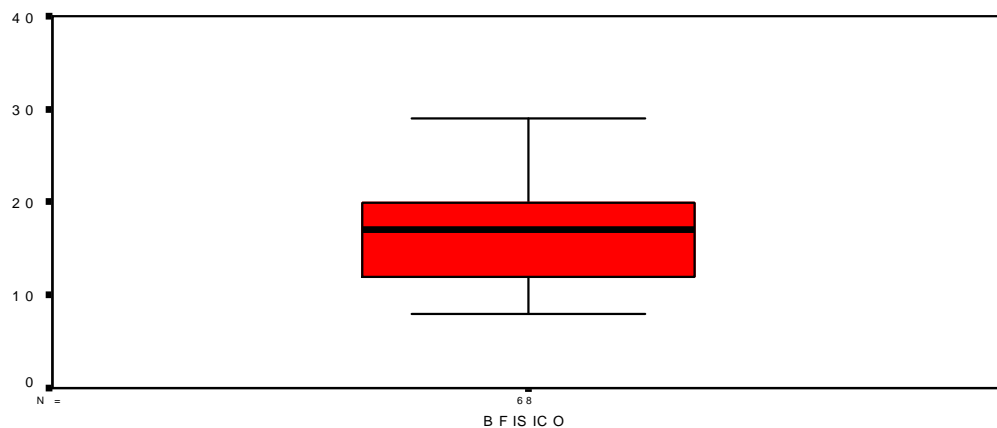
En la figura 7 se destaca que el 55% tienen más de 37 meses de diagnosticada la enfermedad, el 21% se les diagnostica la enfermedad hace 19 a 36 meses. Coincidiendo con lo expuesto por Pinto (2004)¹⁰⁵ quien manifiesta que la esperanza de vida de las personas con enfermedad crónica es cada día más alta.

A la vez se concluye que la evolución de la enfermedad es alta en los pacientes de este estudio, lo que se relaciona con el deterioro físico el cual va incrementando con el avance de la enfermedad, estos aspectos van de la mano, es adecuado en este punto resaltar que el tiempo de evolución de la enfermedad influye en la adaptación del paciente a la misma, debido a que no es lo mismo tener un año con diagnóstico de hipertensión a tener como en este caso más de 3 años.

¹⁰⁵ PINTO, Op cit, Pág. 37

8.2 CALIDAD DE VIDA POR BIENESTARES

Figura N° 8. BIENESTAR FISICO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD CRONICA DE HIPERTENSION EN LA EPS COOMEVA



Fuente: datos investigación

En la figura 8 se puede observar que el Bienestar Físico se encuentra con una ligera tendencia hacia lo negativo debido a que el mayor porcentaje se encuentra debajo de la media que en este caso es 17.

Es adecuado considerar en este punto que el mayor porcentaje de los participantes en el estudio tienen mas de 37 meses de diagnostico de la enfermedad, a la vez son mujeres en edad adulta, en el proceso normal de envejecimiento lo cual puede influir en cierta forma con la percepción de este bienestar, sumado a esto se encuentran los padecimientos propios de la patología, con la aparición de ciertos síntomas asociados a la misma: cefaleas, hemorragias nasales, vértigo, enrojecimiento facial y cansancio¹⁰⁶.

¹⁰⁶MANUAL MERCK, Op cit pag. 44

El presente estudio coincide con la investigación realizada por Cucunubá (2006)¹⁰⁷ la cual encontró que el bienestar físico presentaba poco problema, y se relacionaba a que el mayor porcentaje de las personas que participaron son mujeres, mayores de 60 años. Debido a que las mujeres en edad avanzada tienen un riesgo particularmente alto de padecer de trastornos cardíacos, problemas como cataratas y glaucoma, hiperglucemia o hipoglucemia y depresión.

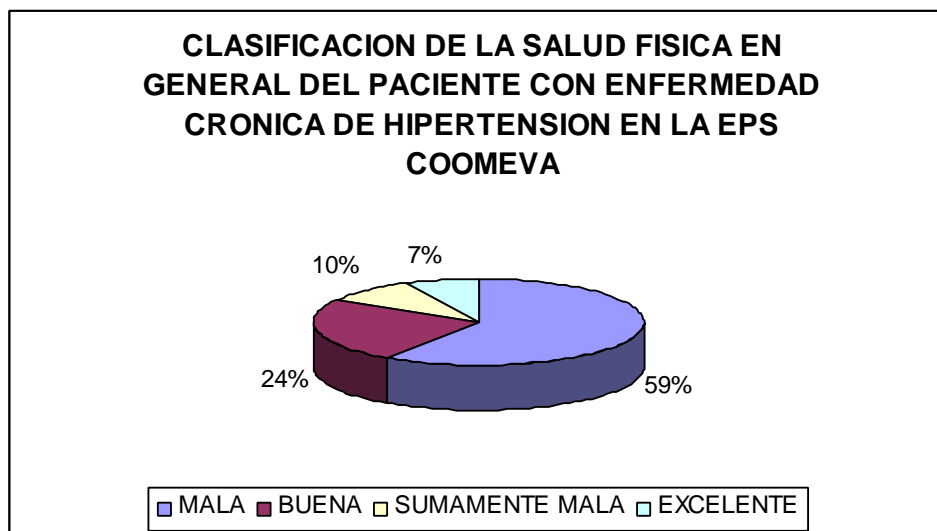
En investigaciones como la realizada por Rodríguez (1999), citado por Cucunubá (2006)¹⁰⁸. Las manifestaciones físicas de la enfermedad son reconocidas por parte de los pacientes y de sus familiares como alteraciones en su bienestar y actividad cotidiana, que incluso en los casos en que los trastornos físicos les causan limitaciones, para los enfermos lo que mas les afecta es el que generan otras necesidades que solo pueden ser satisfechas con ayuda, lo cual puede producir en el paciente sentimientos de desesperación porque piensan que hacen perder el tiempo innecesariamente a sus familiares. Estos sentimientos pueden afectar a la vez el bienestar psicológico del paciente.

Es adecuado entonces resaltar la pregunta con significancia a lo negativo como es la salud física en general, que se refiere a continuación.

¹⁰⁷ CUCUNUBÁ C, Op cit, pág. 24

¹⁰⁸ Ibíd, Pág 26

Figura N° 9

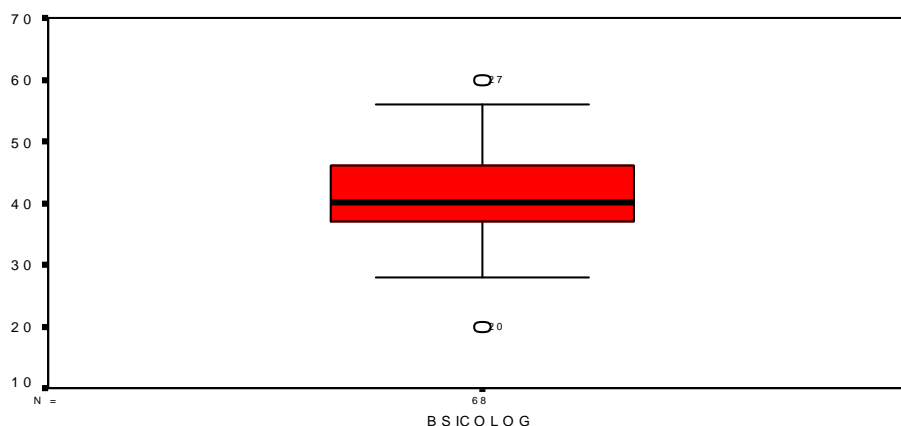


Fuente: Datos investigación

En la figura 9 respecto a su salud física en general, el 59% lo consideran como mala, el 24% expresan que es buena.

Es adecuado inferir que en general los pacientes sienten que tienen una mala salud física, lo cual es acorde al tiempo de diagnóstico de la enfermedad, a la edad y el sexo que predominó en el estudio. El proceso degenerativo de la enfermedad aumenta con el tiempo que tiene el paciente lidiando con esta, lo cual le permite adaptarse, a la vez las mujeres en edad adulta a demás de enfrentarse con la patología, deben manejar ciertos cambios que resultan difíciles de sobrellevar, interfiriendo con su satisfacción y sobre todo con su bienestar físico.

Figura N° 10. BIENESTAR PSICOLOGICO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD CRONICA DE HIPERTENSION EN LA EPS COOMEVA



Fuente: Datos investigación

En la figura 10 se observa que el Bienestar Psicológico presenta una ligera tendencia a lo positivo, debido a que el mayor porcentaje se encuentra por encima de la media que en este caso es 40.

Este estudio difiere en lo expuesto por Rodríguez (1999), citado por Cucunubá, el cual concluye que la alteración física del paciente puede ocasionar problema en su bienestar psicológico, lo cual no se evidencia en esta investigación donde la población objeto presenta alteración en su bienestar físico sin alterar su bienestar psicológico.

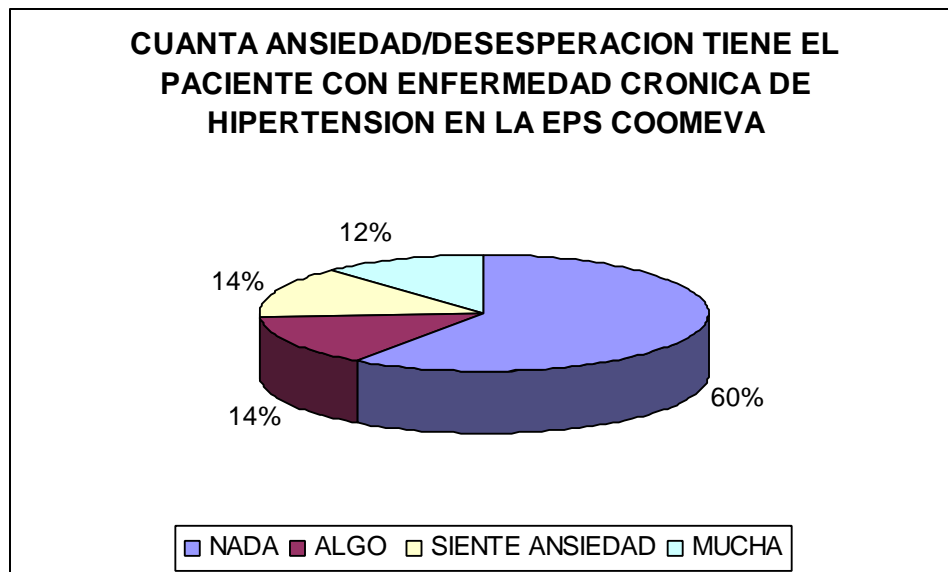
De igual forma difiere con los realizados por Battersby y cols (1995)¹⁰⁹, los cuales utilizaron un cuestionario autoadministrado que incluía el Cuestionario de Actividades y Síntomas de Bulpitt y Fletcher, entre otros, en donde los hipertensos mostraron un empeoramiento del bienestar comparados con los controles. Obtuvieron más bajos resultados en Health Index Status, mayor absentismo laboral, más quejas de síntomas y peor bienestar psicológico.

¹⁰⁹ BATTERSBY, Op cit, Pág. 41

Es significativa la presencia de dos casos con un comportamiento que difieren del resto del grupo, uno con una marcada tendencia a lo positivo y otro con una ligera tendencia hacia lo negativo.

Es adecuado entonces resaltar las preguntas con significancia a lo positivo como lo son la ansiedad, buena calidad de vida, cambios en la apariencia.

Figura N° 11

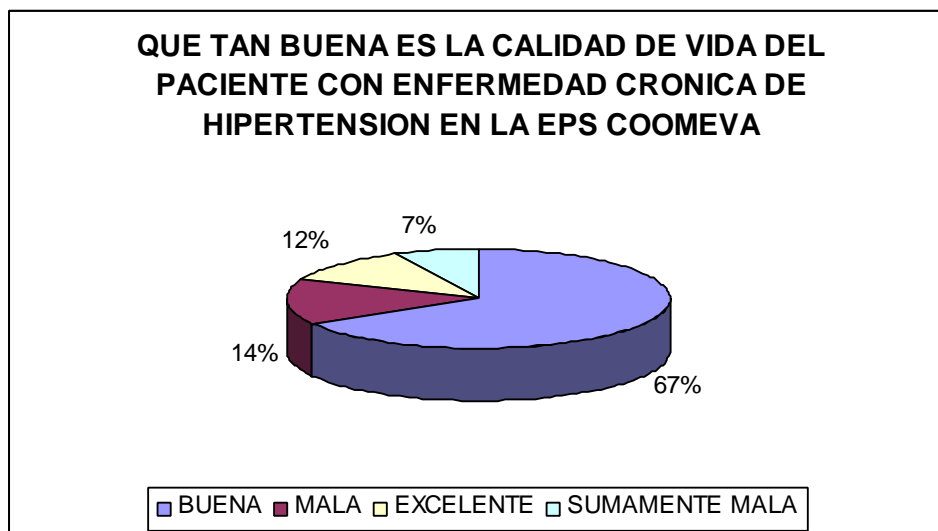


Fuente: Datos investigación

La figura 11 muestra que el 60% de los pacientes en estudio no presentaron ansiedad, donde solo el 14% siente ansiedad. Estos resultados difieren con los obtenidos por Calvo Francés, Díaz, Ojeda, Ramal y Alemán (2001)¹¹⁰; los cuales, al comparar el nivel de estrés entre sujetos hipertensos y normotensos, observaron que la puntuación media del nivel de estrés fue superior en el grupo de hipertensos que en el de normotensos, aunque en su caso las diferencias no alcanzaban a ser significativas.

¹¹⁰ CALVO F, Op cit, Pág. 46

Figura N° 12



Fuente: Datos investigación

En la figura 12 respecto a que tan buena es la calidad de vida, el 67% lo consideran como buena, el 14% expresan que es mala, el 12% manifiesta que es excelente y el 7.1% lo percibe como sumamente mala.

Este estudio difiere con el realizado por Cárdenas (2005), citado por Cucunubá¹¹¹, la cual concluye en cuanto a la influencia de factores sociodemográficos con la calidad de vida, que ha mayor escolaridad mejor calidad de vida, los hombres refieren mejor calidad de vida que las mujeres. Dado que la población estudio presento una baja escolaridad a la vez una buena calidad de vida.

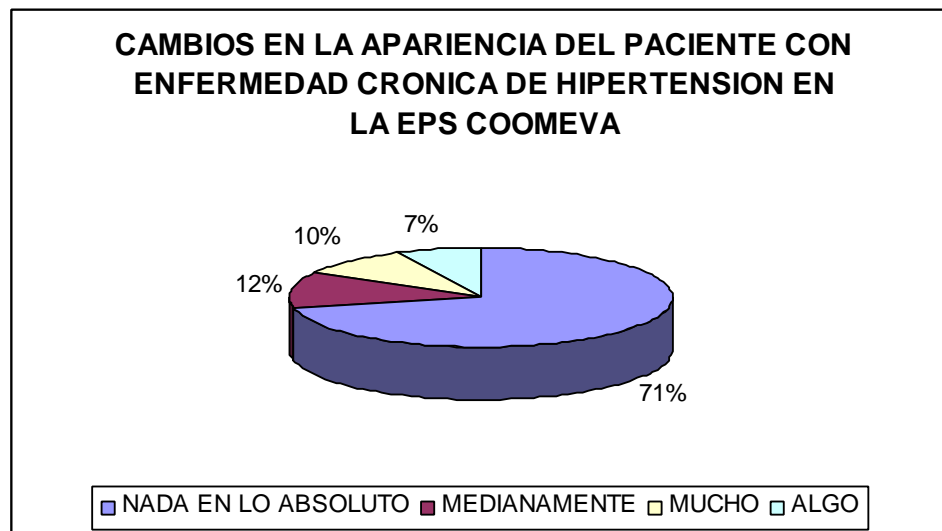
Si bien en este estudio no interviene el tratamiento farmacológico se ve pertinente relacionarlo con el realizado por Croog y cols¹¹² sobre los efectos de

¹¹¹ CUCUNUBA, C, Op cit, Pág. 24

¹¹² CROOG; SH; Op cit Pág 41

la terapia antihipertensiva en la calidad de vida, donde los autores concluyeron que sus hallazgos mostraban que los fármacos antihipertensivos tienen diferentes efectos en la calidad de vida y que éstos pueden ser medidos con instrumentos psicosociales útiles.

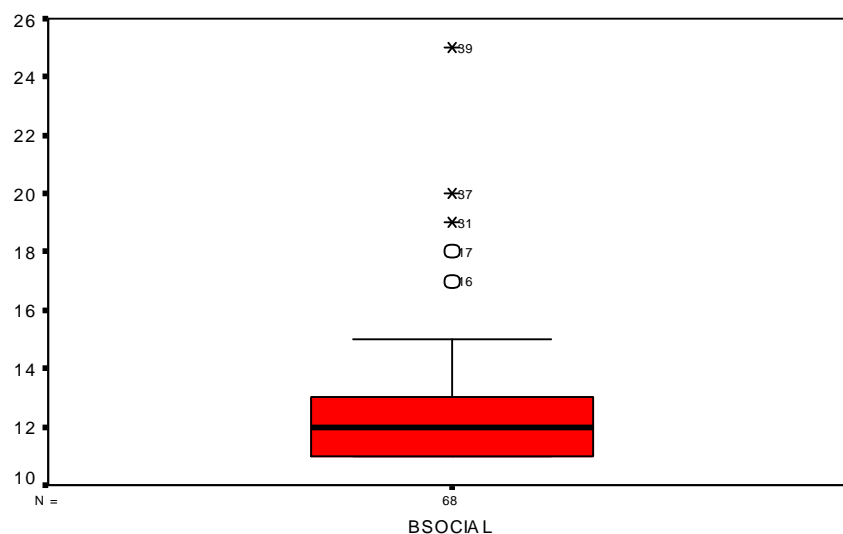
Figura N° 13



Fuente: Datos investigación

En la figura 13 se observa que el 71% manifestó que nada en lo absoluto, el 12% siente cambios en la apariencia, el 10% siente que ha sufrido mucho cambio, frente al 7% que manifiesta haber cambiado en algo su apariencia. Esto podría traducirse en que la hipertensión arterial no causa alteración en la apariencia a menos que se manifieste con otras patologías como lo son la diabetes y la insuficiencia renal, las cuales de otra forma pueden llegar a alterar la apariencia del paciente que las padezca.

Figura N° 14. BIENESTAR SOCIAL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD CRONICA DE HIPERTENSION EN LA EPS COOMEVA



Fuente: Datos investigación

En la figura 14 se puede observar el porcentaje se encuentra alrededor de la mediana que en este caso es 13, con una ligera tendencia a lo positivo.

Los resultados obtenidos en el presente estudio, se diferencian de los publicados por Lam y cols (1994)¹¹³ que mantienen que a superior nivel de estudios, mejor calidad de vida. Las peores puntuaciones obtenidas en la escala de bienestar social (sentimiento de pertenencia al grupo) por los sujetos con niveles intermedios de estudios pueden explicarse por la diferencias entre los logros alcanzados y las expectativas de las personas, que les hacen percibir esta dimensión de la calidad de vida de peor manera que sujetos con inferiores niveles de estudios, pero quizá con metas más modestas.

A la vez al analizar los datos sobre la variable nivel de estudios se han observado variaciones estadísticamente significativas en la escala de bienestar

¹¹³ LAMS, T, OS I, Op cit, Pág. 48

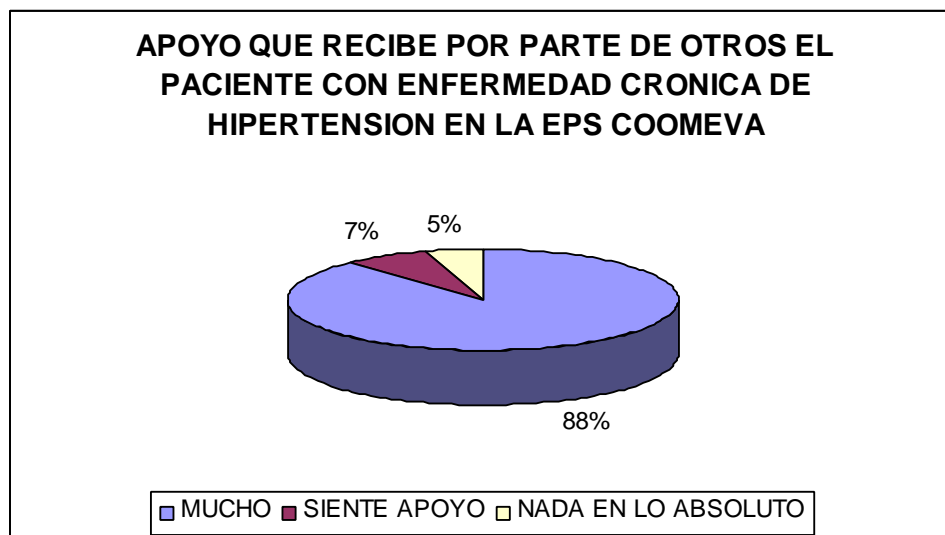
social, en el sentido de que los grupos de formación profesional y técnico de grado medio obtuvieron las peores puntuaciones. Según Fonseca, citado por (Marrero y cols)¹¹⁴ encontró en su estudio un predominio de hipertensión en pacientes con grado de escolaridad secundario.

Es importante destacar las preguntas con significancia a lo positivo como lo son apoyo de otros, interfiere su cuidado con las relaciones personales, hasta que punto ha interferido con su empleo, hasta que punto ha interferido con el hogar y aislamiento.

Es significativa la presencia de cinco casos con un comportamiento que difieren del resto del grupo, con una marcada tendencia hacia lo positivo.

¹¹⁴ MARRERO. Op cit: Pág. 30

Figura N° 15



Fuente: Datos investigación

En la figura 15 que hace referencia al apoyo de otros en los pacientes en estudio el 88% manifestó que siente mucho apoyo de otros, el 7% expresa que siente apoyo, frente a un pequeño porcentaje que manifiesta no recibir apoyo en lo absoluto.

El menor apoyo social podría conducir hacia una menor adopción de hábitos de vida saludables y un peor cumplimiento de las recomendaciones médicas. Kaplan (1991)¹¹⁵ y Kellner (1991)¹¹⁶, esto se relaciona con nuestra investigación debido a que los pacientes en estudio manifiestan tener mucho apoyo lo cual puede ser un factor determinante para llevar hábitos de vida saludable, atenuar las respuestas cardiovasculares ante situaciones de estrés y evitar la elevación de la presión arterial. Mostrando un mejor bienestar social.

¹¹⁵ KAPLAN, Op cit Pág. 18.

¹¹⁶ KELLNER R, Op cit, Pág. 47.

Figura N° 16



Fuente: Datos investigación

En la figura 16 se observa que el 86% manifestó que en nada interviene, su enfermedad con sus relaciones personales.

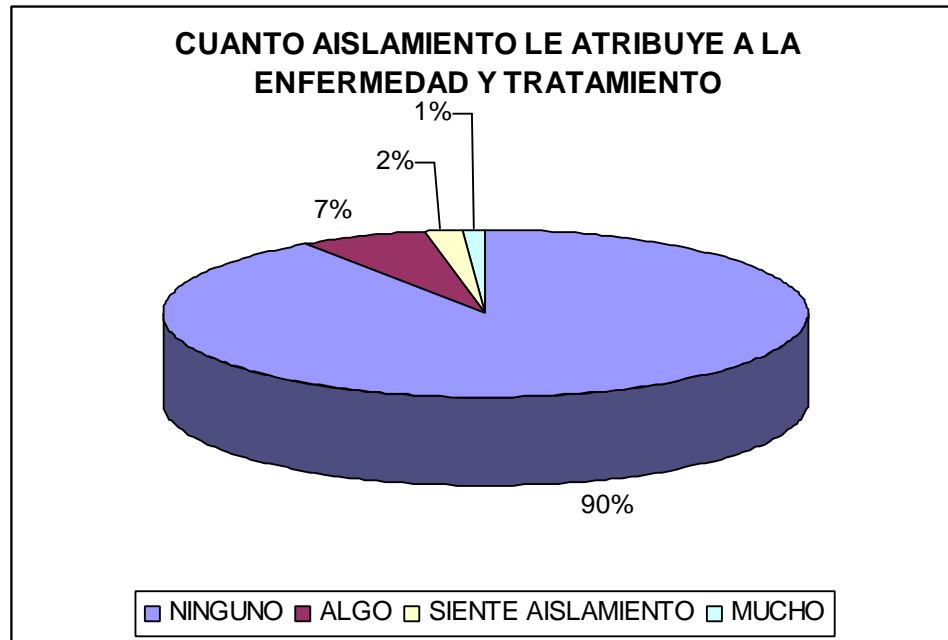
Este estudio se relaciona con, varios estudios los cuales muestran que una peor red social se asocia con valores más altos de presión. Fernández (1993)¹¹⁷ y Ferrando (1996)¹¹⁸. Entre las posibles explicaciones de este hallazgo se ha sugerido que el aislamiento social puede limitar la recepción de apoyo social (informativo, emocional o instrumental), y ello se asocia con una mayor presión arterial. Grau J y Glynn (1999)¹¹⁹.

¹¹⁷ FERNANDEZ, N, Op cit, Pág. 48

¹¹⁸ FERRANDO J, Op cit, Pág. 48

¹¹⁹ GRAU, J, Op cit, Pág. 48

Figura N° 17



Fuente: Datos investigación

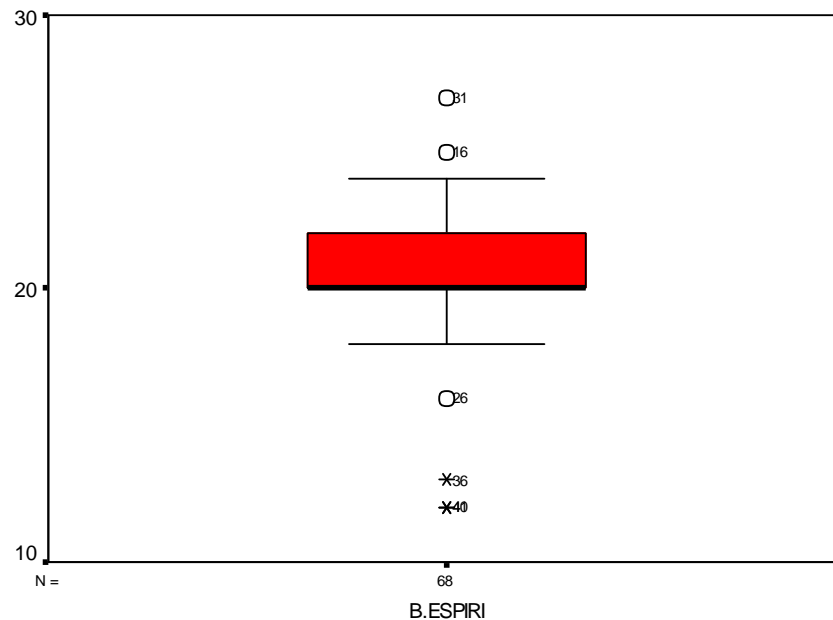
En referencia a la figura 17 sobre cuanto aislamiento le atribuye a su enfermedad y tratamiento en los pacientes en estudio el 90% manifestó que ningún aislamiento, y otros porcentajes manifiestan que sienten algo y mucho aislamiento. Esto se relaciona con que los pacientes en estudio reciben un gran apoyo lo cual los hace sentir seguros de si mismos y de las personas con las que comparte, permitiéndoles relacionarse de mejor modo y no aislarse de los demás.

Según Poveda Salva (2002) citado por Cucunubá (2006)¹²⁰, la persona con enfermedad crónica sufre la pérdida del rol del enfermo, cambios en el rol de los demás miembros de la familia, separación del entorno familiar, problemas de comunicación en la familia. Lo cual difiere con el presente estudio dado que la población incluida a pesar de padecer una enfermedad crónica no presento

¹²⁰ CUCUNUBA, C, Op cit, Pág 24

alteraciones en su rol, en sus relaciones familiares ni personales, demostrando así que el bienestar social no presento alteración.

Figura N° 18. BIENESTAR ESPIRITUAL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD CRONICA DE HIPERTENSION EN LA EPS COOMEVA



Fuente: Datos investigación

En la figura 18 se observar que el bienestar espiritual se encuentran ligeramente por encima de la mediana la cual es 20, mostrando una tendencia a lo positivo, demostrándose así que el Bienestar Espiritual no se encuentra con problema.

Esta investigación se relaciona con el estudio realizado en Jackson Heart Study (2006)¹²¹, donde Wyatt manifestó que según las estadísticas de los participantes del estudio que seguían ritos religiosos y acudían periódicamente a misa registraban valores de presión arterial significativamente por debajo de los de quienes no incluían dicha rutina en sus quehaceres, a la vez este fenómeno podría ser el efecto paliativo sobre el estrés que las liturgias ejercen

¹²¹ JACKSON HEART STUDY, Op cit, Pág. 51

sobre esta población. Demostrándose así que los pacientes en estudio no presentan alteración en su bienestar espiritual.

Zavala (2005) citado por Cucunubá (2006)¹²² afirma que la espiritualidad se relaciona directamente con la ansiedad de la siguiente manera, a mayor nivel de espiritualidad menor nivel de ansiedad. Lo cual esta claramente relacionado con la población estudio.

Cabe destacar que en investigaciones como Fernández (2000), Whetsell (2003), citados por Cucunubá (2006)¹²³ coinciden en que el creer en Dios es un apoyo que ayuda y reconforta a los pacientes, les hace sentir bienestar, esperanza, ya que se sienten escuchados cuando establecen una comunicación con Dios por medio de la oración. A la vez indican que el apego a creencias religiosas es mayor después del diagnóstico de una enfermedad. La creencias religiosas facilitan el afrontar a la enfermedad, los alienta para seguir adelante, renovar sus fuerzas y recuperar su esperanza que en ocasiones se ve afectada por el progreso de la enfermedad.

Este estudio se compara también con un estudio realizado en Jackson Heart Study (2006)¹²⁴ sobre población afroamericana ha puesto de relieve que los individuos que practican liturgias religiosas y siguen preceptos espirituales tienen una presión sanguínea significativamente inferior a la de afroamericanos agnósticos o materialistas. Según las estadísticas, los participantes del estudio que seguían ritos religiosos y acudían periódicamente a misa registraban valores de presión arterial significativamente por debajo de los de quienes no incluían dicha rutina en sus quehaceres.

¹²² CUCUNUBA C, Op cit Pág. 24

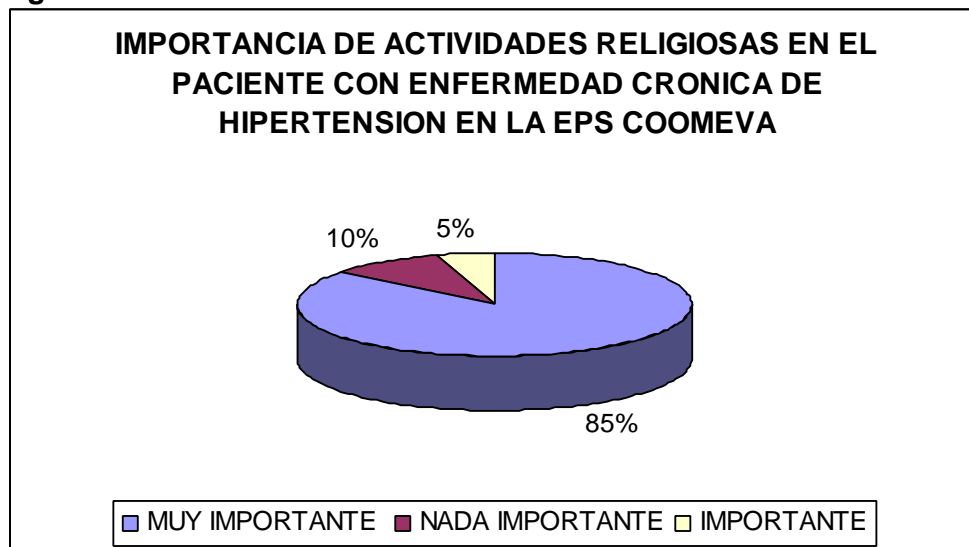
¹²³ Ibid, Pág 48

¹²⁴ JACKSON HEART STUDY, Op cit, Pág. 51

Es importante destacar las preguntas con significancia a lo positivo como lo son las actividades religiosas, importancia de otras actividades como la meditación, cambios en su vida espiritual por el diagnóstico de su enfermedad, razón para vivir, y esperanza que se refieren a continuación.

Es significativa la presencia de cinco casos con un comportamiento que difieren del resto del grupo, dos con una marcada tendencia hacia lo positivo y tres con una marcada tendencia hacia lo negativo.

Figura N° 19.

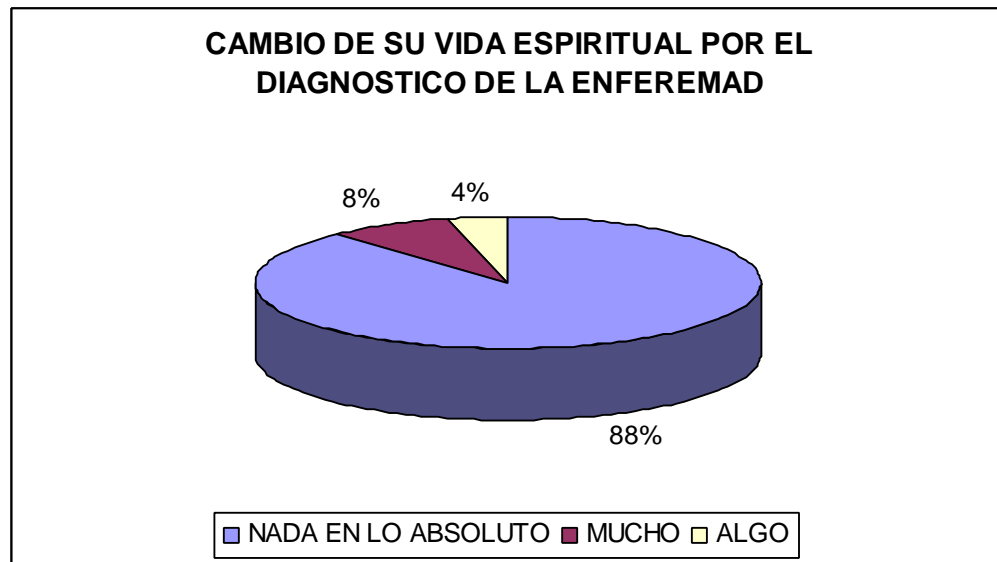


Fuente: Datos investigación

En referencia a la figura 19 sobre la importancia de actividades religiosas en los pacientes en estudio el 85% manifestó que es muy importante. El paciente en estudio manifestó que es muy importante practicar actividades religiosas debido a que se fortalece espiritualmente, ve en sus oraciones un mecanismo para obtener la salud, a la vez una mejora en su calidad de vida.

Zavala (2005) citado por Cucunubá (2006)¹²⁵ afirma que la espiritualidad se relaciona directamente con la ansiedad de la siguiente manera, a mayor nivel de espiritualidad menor nivel de ansiedad.

Figura N° 20

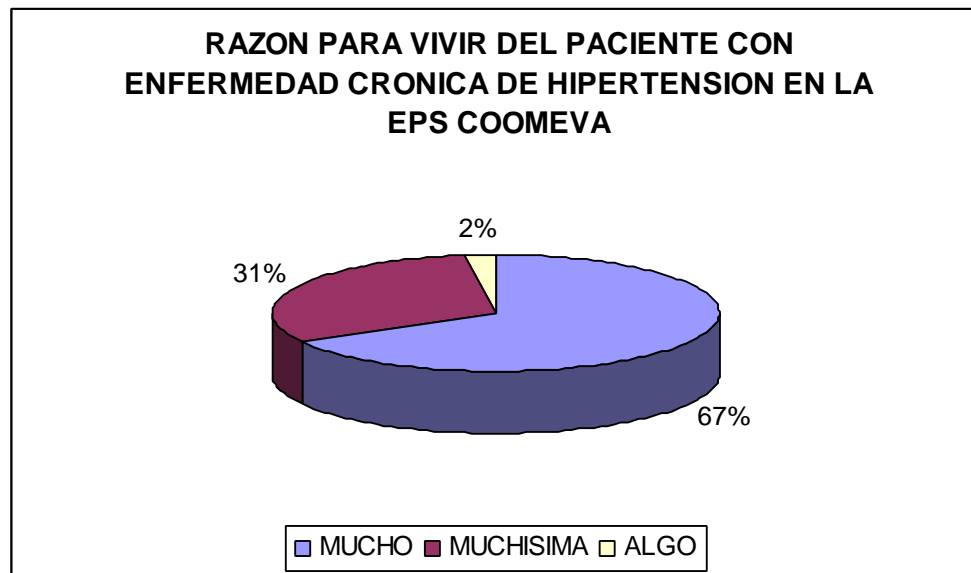


Fuente: Datos investigación

En referencia a la figura 20 sobre cambios en su vida espiritual por el diagnóstico de su enfermedad en los pacientes en estudio el 88% manifestó nada en lo absoluto cambió, frente a porcentajes que manifiestan mucho y algo de cambio. Esto demuestra que los pacientes en estudio se encuentran fortalecidos en cuanto a su vida espiritual se refiere, lo cual favorece su calidad de vida ya que esto es un factor determinante para que el paciente se sienta esperanzado, lleno de fé y aprehenda a sobrellevar las complicaciones que trae consigo la enfermedad.

¹²⁵ CUCUNUBA C, Op cit, Pág 24

Figura N° 21



Fuente: Datos investigación

En referencia a la figura 21 sobre siente usted una razón para vivir en los pacientes en estudio el 67% manifestó sentir muchas razones para vivir, el 31% siente muchísimas razones y solo un pequeño porcentaje manifiesta sentir algo.

El hecho de sentirse apoyado, le brinda esperanzas y le anima a vivir cada día de una forma diferente, el poseer creencias religiosas lo ayuda a sentirse confiado y fortalecido, esto en conjunto es la base para que el paciente tenga cada día una nueva razón para vivir y no se afecte su bienestar espiritual.

9. CONCLUSIONES

La caracterización de los pacientes con enfermedad crónica arrojó que el sexo femenino es la condición, dentro de las variables sociodemográficas, de mayor peso en la percepción de la calidad de vida de los pacientes hipertensos, no completaron su bachillerato, son casados, se dedican al hogar, a la vez son de nivel socioeconómico medio bajo.

Dando cumplimiento al objetivo del estudio la calidad de vida de pacientes con enfermedad crónica de hipertensión en la EPS Coomeva, durante los meses de julio a noviembre del 2006 representando una muestra de 42 pacientes determinando que la calidad de vida presenta un ligero problema, se encontró ligeramente alterado el bienestar físico que responde a su salud física en general. A la vez se determinaron fortalezas que equilibran la calidad de vida debido, al apoyo que reciben los pacientes tanto de familiares como del personal del Club de hipertensos de Coomeva, en especial de la enfermera quien lleva el control de estos pacientes, sumado a esto el apego a las actividades religiosas claramente demostrado por los pacientes.

El bienestar psicológico no se encontró con problema, este bienestar esta fortalecido, los pacientes no consideran que la enfermedad les cause problemas como miedos o angustia, no sienten depresión, ni que su autoimagen o apariencia cambiara como resultado de su enfermedad, es adecuado tener en cuenta que estas reacciones emocionales no se presentan en todos los pacientes con enfermedades crónicas, a la vez el apoyo que se reciben en el club de hipertensos de Coomeva, donde se realizan sesiones educativas influyen en el resultado de este bienestar.

El bienestar social no presentó problema, la población estudio no muestra alteraciones en su bienestar social, debido a que cuenta con mucho

apoyo familiar lo cual favorece su bienestar, permitiéndole manejar de forma mas fácil su situación de enfermedad, a la vez sobrellevar la carga que trae consigo la enfermedad crónica y mejorando su calidad de vida.

En cuanto al bienestar espiritual la población estudio mostró un alto grado de espiritualidad lo que ayuda a sobrellevar su enfermedad, tener esperanzas y saber que cuentan con un ser supremo que los fortalece física y espiritualmente.

10. RECOMENDACIONES

- La EPS Coomeva cuenta según nuestra investigación con una atención integral hacia el paciente Hipertenso, lo que la hace acreedora de servir como ejemplo a otras EPS en el manejo de los programas de promoción y prevención.
- En la docencia es adecuado incluir dentro del manejo de pacientes hipertensos no solo la parte física, también la psicológica, la social y la espiritual del paciente, que prepare al nuevo profesional a ofrecer un cuidado integral fuera de lo ya establecido, logrando cambiar el ambiente institucional y la mirada actual del paciente. Se debe motivar a que el PAE se maneje desde todos los bienestar del paciente, incrementando así las posibilidades del paciente, mejorando en un importante porcentaje el cuidado y sobre todo enfrentando al estudiante a observar el paciente como ser biopsicosocial.
- En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se deben crear y fortalecer redes de apoyo no solo para el manejo integral del paciente hipertenso; sino también para el cuidado familiar y cuidadores; debido a que esto puede contribuir con soluciones oportunas y efectivas a un problema de salud existente; lo cual deberían tener en cuenta otras EPS de la ciudad.
- En cuanto a la parte de investigación es pertinente realizar este tipo de estudios, no solo para determinar la calidad de vida, sino también para poder abordar al paciente con alteraciones en cada uno de los bienestar.

11. ANEXOS

11.1 Anexo A

ESCALA SOBRE CALIDAD DE VIDA PACIENTE CON ENFERMEDAD CRÓNICA

Favor marcar con un círculo el número del 1 a 4 que mejor describa sus experiencias:

Bienestar Físico

Hasta que punto son los siguientes un problema para usted:

1. Fatiga/Agotamiento

ningún	1	2	3	4	Problema
problema					severo

2. Cambios de apetito

ningún	1	2	3	4	Problema
problema					severo

3. Dolor (es)

ningún	1	2	3	4	Problema
problema					severo

4. Cambios en dormir

ningún problema	1	2	3	4	Problema severo
-----------------	---	---	---	---	-----------------

5. Estreñimiento

ningún problema	1	2	3	4	Problema severo
-----------------	---	---	---	---	-----------------

6. Nausea / asco

ningún problema	1	2	3	4	Problema severo
-----------------	---	---	---	---	-----------------

7. Cambios en el sistema reproductivo (Menstruación, fertilidad, Impotencia)

ningún problema	1	2	3	4	Problema severo
-----------------	---	---	---	---	-----------------

8. Clasifique su salud física en general:

Sumamente Mala	1	2	3	4	Excelente
----------------	---	---	---	---	-----------

Asuntos Referentes al Bienestar Psicológico

9. Que tan difícil es para usted contender/lidiar con su vida como resultado de su enfermedad y tratamiento?

nada difícil 1 2 3 4 muy difícil

10. Que tan buena es la calidad de su vida?

Sumamente 1 2 3 4 Excelente
Mala

11. Cuanta felicidad siente usted?

absolutamente 1 2 3 4 muchísima
ninguna

12. Se siente en control de las cosas en su vida?

nada en lo 1 2 3 4 completamente
absoluto

13. Hasta que punto le satisface su vida?

absolutamente 1 2 3 4 completament

nada

e

14. Como clasificaría su capacidad actual para concentrarse o recordar cosas?

sumamente

1

2

3

4

Excelente

mala

15. Que tan útil se siente?

nada en lo

1

2

3

4

muchísimo

absoluto

16. Ha causado su enfermedad o tratamiento cambios en su apariencia?

nada en lo

1

2

3

4

muchísimo

absoluto

17. Ha ocasionado su enfermedad o tratamiento cambios en su autoconcepto
(la manera en que usted se percibe/se ve)?

nada en lo

1

2

3

4

muchísimo

absoluto

Cuanta aflicción / angustia le ocasiono los siguientes aspectos de su enfermedad y tratamiento?

18. El diagnostico inicial

nada	de	1	2	3	4	Muchísima aflicción /
aflicción	/					angustia
angustia						

19. Los tratamientos para su enfermedad (tales como la quimioterapia, radiación o cirugía)

nada de aflicción	1	2	3	4	Muchísima aflicción /
/ angustia					angustia

20. El tiempo desde que su tratamiento termino

nada de aflicción	1	2	3	4	Muchísima aflicción /
/ angustia					angustia

21. Cuanto ansiedad / desesperación tiene?

nada de aflicción	1	2	3	4	Muchísima aflicción /
/ angustia					angustia

22. Cuanto depresión / decaimiento siente usted?

nada de aflicción / angustia	1	2	3	4	Muchísima aflicción / angustia
------------------------------	---	---	---	---	--------------------------------

Hasta que punto tiene miedo / temor a:

23. Futuros exámenes diagnósticos (tales como rayos x o exploración ultrasónica)

nada en lo absoluto	1	2	3	4	muchísimo
---------------------	---	---	---	---	-----------

24. Un segundo diagnóstico de otra alteración

nada en lo absoluto	1	2	3	4	muchísimo
---------------------	---	---	---	---	-----------

25. Retroceso en su enfermedad

nada en lo absoluto	1	2	3	4	muchísimo
---------------------	---	---	---	---	-----------

26. Entiende el retroceso de su enfermedad

nada en lo 1 2 3 4 muchísimo
absoluto

Preocupaciones Sociales

27. Cuanta aflicción / angustia le ha ocasionado su enfermedad a su familia ?

nada en lo 1 2 3 4 muchísimo
absoluto

28. Es suficiente el nivel de apoyo que usted recibe de parte de otros para satisfacer sus necesidades?

nada en lo 1 2 3 4 muchísimo
absoluto

29. Interfiere su cuidado continuo de salud con sus relaciones personales?

nada en lo 1 2 3 4 muchísimo
absoluto

30. Ha sido impactado / afectado su sexualidad por su enfermedad?

nada en lo 1 2 3 4 muchísimo
absoluto

31. Hasta que punto ha interferido su enfermedad y tratamiento con su empleo?

nada en lo absoluto 1 2 3 4 muchísimo

32. Hasta que punto ha interferido su enfermedad y tratamiento con sus actividades/quehaceres en el hogar?

nada en lo absoluto 1 2 3 4 muchísimo

33. Cuanto aislamiento le atribuye usted a su enfermedad y tratamiento?

ninguno 1 2 3 4 muchísimo

34. Cuanta carga económica ha tenido como resultado de su enfermedad y tratamiento?

ninguna 1 2 3 4 muchísima

Bienestar Espiritual

35. Que tan importante es para usted su participación en actividades religiosas tales como rezar, ir a la iglesia o al templo?

nada	1	2	3	4	muy
importante					importante

36. Que importantes le son a usted otras actividades espirituales tales como la meditación?

nada	1	2	3	4	muy
importante					importante

37. Como ha cambiado su vida espiritual como resultado del diagnostico de su enfermedad?

nada en lo	1	2	3	4	muchísimo
absoluto					

38. Cuanta incertidumbre/duda siente usted en cuanto el futuro?

nada	de	1	2	3	4	mucha
incertidumbre						incertidumbre

39. Hasta que punto su enfermedad a realizado cambios positivos en su vida?

nada en lo	1	2	3	4	muchísimo
absoluto					

40. Siente usted una sensación de propósito / misión en cuanto a su vida o una razón por la cual se encuentra vivo?

nada en lo absoluto 1 2 3 4 muchísimo

41. Cuanta esperanza siente usted?

nada de esperanzas 1 2 3 4 muchas esperanzas

La escala de Liker fue adaptada por el grupo de Docentes de la línea de investigación Cuidado al paciente crónico. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional. Con autorización de la Dra. Bety Ferrel, abril 20 de 2006.

11.2 Anexo B:

CARACTERIZACION DE PERSONAS QUE VIVEN SITUACION DE ENFERMEDAD CRONICA

1. GENERO

- (1) Masculino
- (2) Femenino

2. EDAD

- (1) Menor de 17 años
- (2) De 18 a 35
- (3) De 36 a 59
- (4) Mayor de 60

3. SABE LEER Y ESCRIBIR

- (0) NO (1) SI

4. GRADO DE ESCOLARIDAD

- (1) Primaria incompleta
- (2) Primaria completa
- (3) Bachillerato incompleto
- (4) Bachillerato completo
- (5) Técnico
- (6) Universidad incompleta
- (7) Universidad completa
- (8) Ninguna escolaridad

5. ESTADO CIVIL

- (1) Soltero (a)
- (2) Casado (a)
- (3) Separado (a)
- (4) Viudo (a)
- (5) Unión libre

7. NIVEL SOCIOECONOMICO

- (1) Bajo = Estratos 1 y 2
- (2) Medio bajo = Estrato 3
- (3) Medio = Estrato 4
- (4) Medio alto = Estrato 5
- (5) Alto = Estrato 6

8. TIEMPO DE DIAGNOSTICO DE ACTUAL ENFERMEDAD CRONICA QUE PADECE

- (1) 0 A 6 MESES
- (2) 7 A 18 MESES
- (3) 19 A 36 MESES
- (4) MAS DE 37 MESES

9. No. DE HORAS QUE UD. CREE

REQUIERE AYUDA DE UN CUIDADOR:

- (1) Menos de 6 horas
- (2) 7 a 12 horas
- (3) 13 a 23 horas
- (4) 24 horas

10. TIENE COMO APOYO A UN UNICO CUIDADOR

- (0) NO (1) SI

11. RELACION CON LA PERSONA QUE LO CUIDA

- (1) Esposo (a)
- (2) Madre / Padre
- (3) Hijo (a)
- (4) Abuelo (a)
- (5) Amigo (a)
- (6) Otro

12. BIBLIOGRAFIA

- ALLEN K, BLASCOVICH J, Mendes WB. Cardiovascular reactivity and the presence of pets, friends, and spouses: the truth about cats and dogs. Psychosom Med. 2002; 64: 727-39.
- ANEC. Publicación oficial de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia. Edición número 60 - sección científicas. Bogotá. 2003. p. 16. e-mail: anecnal@andinet.com
- BADIA X, Carné X. La evaluación de la calidad de vida en el contexto del ensayo clínico. Med Clinic (Bar)1998; 110 (14): 550:556.
- BADIA Xavier, GARCÍA A F. La medición de la calidad de vida relacionada con la salud y las preferencias en estudios de investigación de resultados en salud. En: La Investigación de Resultados en Salud. Barcelona: Edimac; 2000. 61:78.
- BADIA X, SALAMERO M, Alonso J. La Medida de Salud. 2ed. Edimac. Barcelona 1999.
- BADIA, X.; SALAMERO, M.; Alonso, J. (2002). La medida de la salud: guías de medición en español. Edimac, Barcelona.
- BATTERSBY C, HARTLEY K, Fletcher AE et al. Quality of life in treated hypertension: a case-control community based study. J Hum Hypertens 1995; 9: 981-986.
- CARRILLO ARREOLA Javier, CORTES CISNEROS Alberto Manuel, LOPEZ CARDENAS Francisco Javier Efecto de una intervención

educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso, Universidad de Guadalajara.

- CALERO J. Del Rey, Alegre E. El tratamiento y la calidad de vida. En CALERO J. Del Rey, HERRUZO R, RODRÍGUEZ F, editores. Fundamentos de Epidemiología Clínica. Madrid: Síntesis. p. 153:166.
- CERDA, Hugo. Los Elementos de la Investigación. Editorial: El Buho, Segunda edición. Pag 46-48-74.
- Ciencia y Enfermería XI (2): 47-57, 2005
- CUCUNUBÁ C, Jobana. Calidad de vida en pacientes con enfermedad crónica de diabetes en el Centro de Atención Ambulatoria CUNDI. 2006, p. 23, 44
- Directrices de la OMS y de la Sociedad Internacional de Hipertensión para el tratamiento de la hipertensión, 1999, Subcomité de directrices. J Hyperten (ed. Esp.) 1999; 17: 151-183.Disponible en: <http://www.who.int/ned/cvd/HT-Guide.html>.
- DRESSLER WW, MATA A, CHAVEZ A, VITERI FE, GALLAGHER P. Social support and arterial pressure in a central Mexican community. Psychosom Med. 1986;48:338-50.
- Dr. LATOUR RAMOS Rafael y Otros Autores, Hipertensión Arterial como causa de enfermedad crónica no transmisible: Elementos para una reflexión filosófica antropológica, Publicado Saturday 21 de May de 2005
- FERNÁNDEZ LÓPEZ JA, HERNÁNDEZ MEJÍA R. Calidad de vida: algo más que una etiqueta de moda. Med Clin. 1993; 101:576-578.

- FERNÁNDEZ LÓPEZ J, HERNÁNDEZ MEJÍA R, Cueto Espinar A. La calidad de vida: un tema de investigación necesario. Concepto y método. Med. Integral.1996 Ene; 27(2): 53-6.
- FERRANDO J, NEBOT M, BORRELL C, EGEA L. Apoyo social y estado de salud percibido en población anciana no institucionalizada de más de 60 años. Gac Sanit 1996;10:174-82.
- GRAU J. En: Calidad de vida y salud: problemas actuales en su investigación. II Jornada de actualización en psicología de la salud.- ASOCOPSIS-Seccional Valle del Cauca, agosto de 1998 [citado en Internet, enero 2002] www.geocities.com/alapsacol/art02.html.
- GUMP BB, POLK DE, KAMARCK TW, SHIFFMAN SM.. Partner interactions are associated with reduced blood pressure in the natural environment: ambulatory monitoring evidence from a healthy, multiethnic adult sample. Psychosom Med. 2001;63:423-33.
- GLYNN LM, CHRISTENFELD N, GERIN W. Gender, social support, and cardiovascular responses to stress. Psychosom Med. 1999; 61: 234-42.
- KAPLAN N. Hipertensión clínica. Buenos Aires: Médica Hispanoamericana, 1991; vol.1:1-40.
- KELLNER R, SHEFFIELD BF. A self-rating scale of distress. Psychol Med 1973; 3: 88-100.
- LERMA J, BARONA N, VALENCIA A. Atención ambulatoria al adulto y el anciano. Cali; Escuela de Enfermería, Universidad del Valle, 1993.

- LAHUERTA C, BORRELL C, RODRÍGUEZ SANZ M, PÉREZ K, NEBOT M. La influencia de la red social en la salud mental de la población anciana. Gac Sanit. 2004;18:83-91.
- LAM CL and LAUDER IJ. The impact of chronic diseases on the health-related quality of life (HRQOL) of Chinese patients in primary care. Family Practice.2000; 17:159-166.
- LÓPEZ GARCÍA E, BANEGAS BANEGAS JR, REGADERA A, HERRUZO CABRERA R, RODRÍGUEZ ARTALEJO F.. Social network and health-related quality of life in older adults: a population-based study in Spain. Qual Life Res. 2005;14:511
- MARÍN REYES F, RODRÍGUEZ MORÁN M. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. Salud Pública Mex. 2001; 43:336-9.
- MEDDIN JR. Sex differences in depression and satisfaction with self: findings from a United States national survey. Social Science and Medicine. En Cambell A. The sense of well-being in America.Mc Graw-Hill, N.Y.1981.
- MINSAP, CUBA. (Segunda versión), Guía cubana para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión Arterial 2006. Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de Hipertensión Arterial.
- MOLERIO PEREZ, Osana y GARCIA ROMAGOSA, Georgina. Influencia del estrés y las emociones en la hipertensión arterial esencial. Rev cubana med, abr.-jun. 2004, vol.43, no.2-3, p.0-0. ISSN 0034-7523.

- MONTOYA M. Lina m. Prevalencia de hipertensión arterial en los empleados de suramericana de seguros sede camino real: 1996
- MOOKADAM F, ARTHUR HM.. Social support and its relationship to morbidity and mortality after acute myocardial infarction: systematic overview. Arch Intern Med. 2004;164:1514
- NETWORK AND BLOOD PRESSURE: a population study. Psychosom Med. 1991;53:598-607
- NOVEL MARTÍ, G; Lluch Canut, M.T.: Enfermería psico-social. Serie Manuales de Enfermería. Salvat Editores S.A. Barcelona 1991.
- OKAMOTO K, TANAKA Y. Gender differences in the relationship between social support and subjective health among elderly persons in Japan. Prev Med. 2004;38:318-22
- Predictors of psychiatric morbidity in a cohort of British Civil servants (Whitehall II Study). Psychol Med. 1998;28:881-92.
- RODRÍGUEZ LASO A. El efecto de las relaciones sociales sobre la mortalidad en las personas mayores. El estudio «Envejecer en Leganés». Tesis doctoral. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2004.
- SCHALOCK, R.L. (1997) Three decades of Quality of Life. Informe manuscrito

- STANSFELD S. Social support and social cohesion. En: Marmot M, Wilkinson R, editors. Social determinants of health. Oxford: Oxford University Press, 1999; p. 155-78.
- STROGATZ DS, CROFT JB, JAMES SA, KEENAN NL, Browning SR, Garrett JM, et al.. Social support, stress, and blood pressure in black adults. Epidemiology. 1997;8:482-7.
- TESTA MA, ANDERSON RB, NACKLEY JF, et al. Quality of life and antihypertensive therapy in men: a comparison of captopril with enalapril. N Engl J Med 1993; 328:907-913.
- VOGT TM, MULLOOLY JP, ERNST D, POPE CR, HOLLIS JF. Social networks as predictors of ischemic heart disease, cancer, stroke and hypertension: incidence, survival and mortality. J Clin Epidemiol. 1992;45:659-66.
- VI JOINT NATIONAL COMMITTEE. Arch Intern Med 1997; 157:2413-2446.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension 1999.

13. WEBGRAFIA

- anecnal@andinet.com
- <http://www.who.int/ned/cvd/HT-Guide.html>.
- <http://www.consumer.es/web/es/salud/prevencion.php>
- [http://www.webSalud.Salud.mht/La clase socioeconómica influye en el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares.html](http://www.webSalud.Salud.mht/La%20clase%20socioecon%C3%B3mica%20influye%20en%20el%20riesgo%20de%20sufrir%20enfermedades%20cardiovasculares.html)
- [http://www.Nefrored.Herencia, hábito y ocupación en el desarrollo de la Hipertensión Arterial](http://www.Nefrored.Herencia,%20h%C3%A1bito%20y%20ocupaci%C3%B3n%20en%20el%20desarrollo%20de%20la%20Hipertensi%C3%B3n%20Arterial).
- http://riesgovascular.com/SAMFYC/archivos/1_Def_Clasif.pdf
- [http://factores de riesgo de la hipertensión arterial - monografias_com.htm](http://factores%20de%20riesgo%20de%20la%20hipertensi%C3%B3n%20arterial%20-%20monografias_com.htm)
- [http://www.Facultad de medicina universidad de chile/noticias/riesgo de morir aumenta un 54% en personas con baja escolaridad.htm](http://www.Facultad%20de%20medicina%20universidad%20de%20chile/noticias/riesgo%20de%20morir%20aumenta%20un%2054%25%20en%20personas%20con%20baja%20escolaridad.htm)
- www.geocities.com/alapsacol/art02.html.